



# La Nouvelle Gouvernance Hospitalière : les voix de l'expérience

Gilles Herreros, Bruno Milly

## ► To cite this version:

Gilles Herreros, Bruno Milly. La Nouvelle Gouvernance Hospitalière : les voix de l'expérience. 2005. halshs-00188746

**HAL Id: halshs-00188746**

**<https://shs.hal.science/halshs-00188746>**

Preprint submitted on 20 Nov 2007

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **La Nouvelle Gouvernance Hospitalière :**

## **les voix de l'expérience**

*septembre 2005*

**Gilles Herreros et Bruno Milly**

**MEAH**

**Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers**

**IRCO**

**Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations**

# **La Nouvelle Gouvernance Hospitalière :**

## **les voix de l'expérience**

*septembre 2005*

**Gilles Herreros et Bruno Milly**

*Maîtres de Conférences en Sociologie à l'Université Lyon II et à l'Université Paris IV*

*« Quel conseil donneriez-vous à un directeur souhaitant mettre en place la réforme de la Nouvelle Gouvernance ?*

Il faudrait expliquer un peu mieux ce que cela veut dire, que ce soit un peu plus transparent ; je lui dirais : **Expliquez-nous clairement, avec des mots simples ce que tout cela signifie.** »

Brancardier dans un Centre Hospitalier

*Sinon, la Nouvelle Gouvernance, vous en aviez entendu parler ou alors...*

**Pas du tout (rires).** J'ai été très surprise quand je suis arrivée avant-hier, parce que le cadre sup m'a dit « Il faut que vous alliez à un entretien avec des sociologues pour la Nouvelle Gouvernance ». Je leur ai dit « Ben oui, mais c'est quoi ? Je veux bien y aller, mais je ne suis pas au courant. De quoi je vais parler ? (rires) ».

*Qu'est-ce que vous a dit le cadre sup, alors ?*

Il m'a vaguement expliqué, rapidement, entre deux soins. C'est une nouvelle façon de gérer les entrées pour avoir un budget adéquat à son service ; il faut trouver des nouveaux malades pour que les services survivent : apparemment, c'est ça, si j'ai bien tout compris. Mais... Ca manque de concret. Je veux dire : ce n'est pas moi qui vais gérer les entrées, les sorties. Moi, je gère les malades qui sont dans les lits, je les soigne, je m'en occupe du mieux que je peux. Mais savoir comment ils arrivent dans les lits, ça, ce n'est pas de mon ressort. Ce n'est pas à moi d'aller les chercher. C'est aux médecins de se débrouiller à trouver des patients.

*Donc vous vous êtes dit « Pas de chance, ça tombe sur moi » ?*

**Ah oui, tout à fait (rires).** Vous comprenez ma tête en arrivant. Je me suis dit : « Mais pourquoi je dois venir pour la Nouvelle Gérance ? Je ne sais pas de quoi il faut parler, je ne sais pas quel est le but de ce machin ».

*Personne n'en parle ?*

**Mais non, mais non, personne n'en parle (rires).** On a déjà notre travail à gérer dans notre service et on en a bien assez à gérer comme ça. On a des journées bien occupées, bien remplies.

Aide-Soignante dans un Centre Hospitalier

# **La Nouvelle Gouvernance Hospitalière :**

## **les voix de l'expérience <sup>1</sup>**

Un grand merci à tous ceux qui nous ont chaleureusement accueillis à la MEAH et dans leurs établissements, à ceux aussi qui nous ont aidé à délimiter nos populations d'étude et à préparer les plannings d'entretiens.

Un grand merci également aux 58 personnes qui ont accepté de nous livrer leur expérience de la Nouvelle Gouvernance.

## ***INTRODUCTION***

Analyser un changement organisationnel en cours est un objectif périlleux pour les sociologues qui préfèrent généralement prendre du recul face aux réformes pour en évaluer la nature (changement profond ou non ?) et la réelle portée historique. Cette précaution méthodologique empêche néanmoins de se confronter au « réel en train de se faire » et aux expériences des acteurs de terrain qui, eux, vivent le changement de l'intérieur et au temps présent. C'est donc une précaution que nous n'avons pas adoptée dans cette recherche, puisqu'il s'agissait justement de recueillir les voix de l'expérience au temps présent.

Après avoir dressé quelques enseignements de notre étude, non pas pour présenter une analyse sociologique qui serait censée remplacer les discours des acteurs, mais bien pour fixer le cadre de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière pour ceux de nos lecteurs qui la découvriront, nous précisons, dans cette introduction, la méthodologie de l'étude et nos choix d'exposition.

### **1. Une nouvelle sociologie de l'hôpital ?**

La Nouvelle Gouvernance (NG) est-elle en train de changer « la sociologie de l'hôpital » se demandait l'un de nos interlocuteurs ? Modifie-t-elle ou bouleverse-t-elle les activités de travail, les équilibres anciens, les fonctionnements et cloisonnements de services, les identités professionnelles ? Ou bien n'est-elle qu'un « feu de paille », un « jeu de dupes », une « façon déguisée de faire passer la pilule de la T2A et des restrictions budgétaires » (sic) ?

Dans les discours des directeurs, l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance est présentée comme l'occasion de donner un nouveau souffle à leur activité, de mener à bien des projets leur permettant soit de continuer de développer une activité déjà jugée satisfaisante, soit, à l'inverse, d'enrayer un processus de difficultés (baisse d'activité, réputation affaiblie, concurrence du secteur privé, ...). Redistribuer les responsabilités des uns et des autres, impliquer plus fortement les personnels et notamment les médecins dans la gestion de l'établissement, redynamiser les collaborations... tels sont les axes principaux investis par

---

<sup>1</sup> Ce titre est inspiré du titre de Ronald Laing, *La voix de l'expérience*, Paris, Seuil, 1986

les directions d'établissement. Mais des discours aux faits, des intentions aux réalités, il y a parfois quelques écarts. Que disent les acteurs hospitaliers de cette expérience de la Nouvelle Gouvernance ?

### ***Le Conseil Exécutif***

Si la plupart des personnels de l'hôpital (en dehors des directeurs administratifs, des médecins et des organisations syndicales) ne savent pas très précisément ce qu'est cette nouvelle instance de gestion ou de consultation de l'hôpital, ceux qui en sont membres et participent à son fonctionnement se déclarent plutôt agréablement surpris de ce qui s'y déroule. Le sentiment de discuter librement sans pressions excessives, l'impression de découvrir l'autre, la volonté de faire avancer la réflexion sur les orientations de l'hôpital sont autant de points qui font apprécier cette nouvelle instance. Bien sûr, beaucoup de ceux qui – directeurs ou médecins – ont souhaité être membres de ce CE et qui n'ont pu l'être (soit qu'ils n'aient pas été retenus par le directeur général, comme c'est souvent le cas pour les directeurs de soins, soit que leur candidature n'ait pas eu l'aval de la CME) éprouvent une forme de ressentiment, se plaignent de ne pas être suffisamment informés de ce qui peut s'y « tramer » et peuvent être amenés à critiquer la concurrence de cette nouvelle instance avec les instances traditionnelles hospitalières (notamment la CME). De même, les organisations syndicales déplorent de n'y être pas représentées et craignent de voir les instances habituelles de l'hôpital (Conseil d'Administration, Comité Technique d'Etablissement ...) perdre de leur actuelle vocation pour n'être plus que de simples chambres d'enregistrement de décisions déjà préparées au CE.

Ces objections pointées, c'est la grande satisfaction des membres du CE qui est à souligner. Certains médecins ayant été élus par la CME sur des déclarations d'intention hostiles à la mise en place de la NG, déclarant vouloir être membres du CE pour surveiller ce qui s'y fait, reconnaissent même, après quelques mois de fonctionnement, l'intérêt que cette nouvelle instance suscite à leurs yeux, ainsi que la qualité de l'ambiance et des travaux qui y sont conduits. En d'autres termes, l'implication dans la vie de ce nouveau dispositif, même une implication critique, semble participer d'une redéfinition du regard sur ledit dispositif. Peut-être peut-on entrevoir dans la mise en place de ce nouvel espace de controverses, l'esquisse d'une méthode pour redessiner les contours des relations entre médecins et « gestionnaires ».

### ***Les Pôles***

Les questions relatives à l'organisation « polaire » d'un établissement hospitalier donnent à voir des problématiques liées au découpage puis au fonctionnement de celui-ci.

Dans tous les cas observés, le découpage des pôles semble relever d'une démarche de laquelle l'aléatoire n'est pas à exclure. Ainsi, une fois explorées les pistes de découpages prioritairement guidés par des logiques de fonctionnalités pathologiques ou bien de proximités géographiques, ce sont de tous autres paramètres qui surgissent comme pertinents. Ici, c'est la volonté que manifestent certains professionnels de travailler ensemble ; là, c'est l'opportunité stratégique qu'il y a à rapprocher deux unités ; ailleurs, c'est l'isolement d'une unité qu'il faut rompre. Bien sûr, à chaque fois, c'est l'intérêt du malade qui est donné comme central mais derrière ce principe de justification récurrent, il y a des considérations de natures multiples. L'histoire de l'établissement, les rapports de force, la structure du schéma hospitalier territorial, une conjoncture spécifique... sont autant de bonnes raisons de donner aux pôles telle géographie plutôt que telle autre. Les enseignements tirés de l'observation de cette grande diversité de modalités de découpages sont multiples :

- L'objectif de donner satisfaction aux malades ne veut pas dire qu'il n'y a qu'une réponse organisationnelle possible. La satisfaction du malade dépendra de la qualité de la coopération entre professionnels et celle-ci prend nécessairement des visages différents selon les lieux où elle est mise en œuvre. Dans tous les cas, le découpage des pôles suppose donc de la part des pilotes de l'établissement une bonne connaissance de ce dernier et une capacité d'analyse de ce qu'y sont les rapports de force ;

- La mise en œuvre de l'organisation par pôles perd beaucoup en forces et en effets lorsqu'elle est la décision d'un seul (le directeur ou le président de CME) ou d'une seule instance (la CME, le CE) ; plus le cercle des participants au découpage est élargi, mieux l'organisation polaire est ensuite acceptée et mise en œuvre par les différents acteurs de l'hôpital ;
- L'organisation par pôles semble gagner à être progressive et plastique. Nos interlocuteurs insistent sur la nécessité de prévoir des possibilités de rectification, de remise en cause des découpages (tout particulièrement dans les premières phases de la démarche et les premiers temps de son développement). La plasticité organisationnelle s'impose, ce qui signifie qu'il n'y a pas de voie unique de mise en place de la réforme. Toute décision qui serait prise avec ce type d'argumentaire par une forme d'autorité quelconque risquerait d'être très vite rattrapée par la dimension souvent aléatoire des réactions organisationnelles.

L'étude fait apparaître des fonctionnements de pôles très différents, selon les établissements. D'abord, au niveau des modalités qui sont retenues pour leur pilotage. Si ce pilotage est toujours collégial (tout au moins en théorie), il n'en prend pas moins des configurations diverses. Ici, l'on trouve une direction de pôle avec un tandem médecin chef de pôle / directeur administratif ; là, un trio avec l'adjonction d'un cadre supérieur de santé ; ailleurs, un quatuor où s'ajoute un attaché administratif ; ailleurs encore, un quintet avec un médecin adjoint au directeur médical de pôle. En d'autres termes, il n'y a pas de configuration type. Dans ce choix de la configuration du pilotage de pôles jouent évidemment des facteurs de taille de pôles (notamment en termes d'effectifs de personnels) – taille évidemment fonction du type (CH ou CHU) de l'établissement –, mais aussi des décisions stratégiques de la part des directions d'établissement et/ou du conseil exécutif (dont la configuration des équipes de direction a souvent fait partie des premières décisions). A chaque fois, c'est l'équilibre jugé le plus pertinent en fonction de la configuration des lieux qui est retenu, ce qui rend utile voire nécessaire, aux yeux des promoteurs locaux de la Nouvelle Gouvernance, la possibilité de faire évoluer les dispositifs de pilotage de pôles, par exemple avec une évolution d'un trio vers un quatuor, au fur et à mesure que le dispositif polaire se concrétise (notamment avec la déconcentration progressive de gestion).

Comme les équipes pilotes, souvent nommées « bureaux de pôles », les différentes instances de pôles apparaissent très différentes d'un établissement à un autre. A la direction d'un pôle sont ainsi généralement adjoints des collectifs – par exemple des « conseils de pôle », des « comités de pôle » – lesquels sont censés se réunir (selon une périodicité variable), pour débattre des orientations du pôle ou, à tout le moins, être informés des directions prises. Les contours de ces collectifs sont des plus variables. Dans certains cas, seuls les médecins et / ou les chefs de service sont présents ; dans d'autres, tous les personnels y ont au moins un représentant ; dans d'autres cas, c'est presque le principe de l'assemblée générale qui est mis en œuvre. En parallèle de la diversité des formes prises par les fonctionnements de pôles, on constate d'ailleurs une grande variété des dénominations retenues pour qualifier les organisations choisies – « comités », « conseils », « assemblées », ... – ainsi que pour nommer les responsables – « responsable de pôle », « directeur de pôle », « directeur délégué de pôle », « référent de pôle », « coordonnateur de pôle », « coordinateur de pôle », « chef de pôle »... –. L'imagination sémantique ne manque pas. Avec les débats terminologiques, ce sont des controverses stratégiques qui se dessinent. Qui nomme-t-on par exemple « directeur de pôle » lorsque l'on choisit cette dénomination : le directeur administratif, le directeur médical, les deux ? Les terminologies ne sont pas neutres et font souvent l'objet de minutieux calculs et dosages. Ces débats ne sont pas parfois sans paraître quelque peu artificiels ou secondaires, mais ils traduisent en partie des choix décisifs d'orientations que tout vocabulaire imposé, normalisé, viendrait probablement altérer. Prendre du temps pour s'entendre sur le vocabulaire, ce serait ainsi accepter un premier processus collectif sur la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance.

## *Des brassages multiples...*

Au delà de nouvelles entités institutionnelles, l'organisation par pôles de l'hôpital conduit à des brassages multiples des activités de travail et à l'émergence progressive de nouvelles identités professionnelles. Ainsi des professionnels qui jusque-là se rencontraient peu – voire pas du tout – se retrouvent dans des nouvelles formes de coopération au sein des instances de pôles ou d'unités mutualisées. Par exemple, un médecin ou un cadre supérieur de santé peuvent être amenés à travailler régulièrement avec un directeur administratif et un attaché d'administration, les uns et les autres n'étant pas coutumiers de ce genre de collaboration. Certaines configurations peuvent même être totalement inusitées où l'on voit le directeur médical et le directeur administratif du même pôle négocier côte à côte le financement de leur « projet de pôle » avec l'administration centrale de l'hôpital (donc avec les collègues du directeur administratif). Parfois, dans les expérimentations les plus avancées, les pôles deviennent de véritables nouvelles unités « comptables d'exploitation », des entités intermédiaires de gestion. Là où l'hôpital constituait un grand ensemble qu'il s'agissait de gérer au mieux, les pôles peuvent alors être appréhendés comme autant d'entités décentralisées de gestion qui permettent de piloter de plus près, et avec une réactivité plus grande, la totalité de l'établissement. Mais bien sûr, ces évolutions sont encore loin de concerner une majorité de pôles.

Néanmoins, la distribution des cartes et la nature des jeux d'acteurs sont en renouvellement, la frontière des alliances et solidarités se trouve déplacée, avec la nouvelle organisation polaire. Bien sûr, ces nouvelles formes de coopération nécessitent des repositionnements et des ajustements pas toujours faciles à réaliser et/ou à accepter, mais c'est néanmoins plutôt la satisfaction qui l'emporte quand il s'agit de dresser des premiers bilans des expériences de pôle. De ces brassages multiples surgiraient en effet, selon ceux qui sont les plus concernés par les pôles, de nouvelles compétences, de nouvelles attitudes et généralement un nouveau regard sur l'établissement. Quel que soit le champ des changements qu'occasionnent les brassages de la NG (les gestes techniques, la coopération, le soin, la gestion, l'affectation des personnels, ...), ceux-ci offrirait ainsi l'opportunité à chacun de réinterroger la signification globale de son activité : pour qui travaille-t-on, avec qui, avec quel résultat, pour quelle qualité, avec quels moyens ? Quelle place pour l'esprit de secteur public dans cette activité ? Ces questions préexistaient évidemment à l'introduction de la NG, celle-ci semble néanmoins fournir une occasion de relecture et de réinterrogation des positionnements professionnels dans un contexte de nouvel équilibre médecins-administratifs-soignants, de nouvelle gestion hospitalière, de brassages multiples.

## *... mais non généralisés*

Les premiers brassages introduits par la Nouvelle Gouvernance, s'ils sont incontestables et généralement appréciés par ceux qu'ils concernent, n'en sont pas pour autant généralisés. Une très large partie des personnels hospitaliers (les brancardiers, les ASH, les aides-soignants, les infirmiers et dans une moindre mesure, les cadres de proximité) reste encore en marge de cette réforme et de l'organisation polaire : la plupart (mais pas tous !) savent certes qu'il existe des pôles, qu'ils sont affectés à tel ou tel pôle, mais soulignent que cette organisation n'a rien changé à leur activité quotidienne. On observe ainsi une mésinformation et un désintérêt extrêmement fort pour cette réforme, rarement d'ailleurs clairement identifiée et souvent confondue avec celle de la T2A. Les représentants du personnel soignant, très informés quant à eux sur ce nouveau dispositif, ne s'étonnent pas de cet éloignement des soignants, qu'ils estiment marginalisés et oubliés dans la mise en place, et du conseil exécutif (avec la représentation non obligatoire de la Direction des soins), et des pôles (avec des conseils de pôles sans représentant du personnel). Emergent ainsi un désintérêt et/ou un sentiment de marginalisation, propices à toutes les inquiétudes.

Qu'ils soient acteurs ou exclus de la NG, qu'ils en soient les promoteurs ou les détracteurs, les bénéficiaires ou les perdants, tous les professionnels rencontrés expriment des interrogations et des inquiétudes au sujet



de cette réforme et de ses effets potentiels. Précisons néanmoins que ces inquiétudes ne concernent généralement pas spécifiquement la NG, mais plutôt le contexte global de l'hôpital public et de ses réformes.

### ***Le primat de la gestion et la mort de l'hôpital public ?***

Que ce soit du côté des représentants des organisations syndicales que nous avons rencontrés (de la CGT à Sud en passant par FO et la CFDT, l'unanimité semble de mise) ou bien du côté des médecins ou des personnels soignants, l'inquiétude de voir l'hôpital public définir ses missions à partir de critères de gestion qui valent dans l'univers des établissements privés de santé, est récurrente. Cette inquiétude s'appuie ici généralement sur un rapprochement des intentions des réformes de la NG et de la T2A. D'une gestion décentralisée au niveau des pôles pourrait ainsi découler, selon nos interlocuteurs, une compétition qui, qu'elle soit attendue, souhaitée ou pas, pourrait finir par être fatale aux secteurs, pôles ou activités les moins efficaces, les moins rentables. C'est la globalité de la mission de service public qui paraît alors menacée par ces nouvelles dispositions. Les médecins évoquent fréquemment qu'ils ne sont pas dans le privé – où ils disent qu'ils pourraient gagner beaucoup plus d'argent – pour des raisons liées à des valeurs qui sont celles de l'égalité de tous face aux soins, de l'« hospitalité » ; la NG, en n'organisant pas précisément les formes de solidarité entre pôles et à l'intérieur des pôles, sonnerait selon eux le glas de ce type d'orientation à plus ou moins court terme à leurs yeux. Dans la même perspective, des soignants constatent qu'une gestion resserrée des moyens utilisés – avec un degré de précision permettant de contrôler jusqu'à l'usage mensuel des petits matériels – pourrait conduire à influencer, voire déterminer, les stratégies de soins : ils disent craindre que les patients se trouvent privés de certains soins, dans la seule optique du respect de l'équilibre budgétaire de pôle. De cette logique découlerait une gestion de l'administration du soin par les moyens et non plus en fonction des besoins de santé. Cette crainte se retrouve à tous les niveaux de la stratification professionnelle de l'hôpital avec une forte proportion chez les soignants et les médecins, ceux qui se vivent comme les « praticiens de terrain ». Le passage à la T2A (indissociable de la NG pour certains, ou malencontreuse coïncidence pour d'autres) nourrit fortement cette crainte. L'hôpital deviendrait alors une entreprise avec des impératifs qui à terme pourraient ne plus être en rapport avec les exigences d'une mission de service public.

### ***La théorie du mille-feuilles***

Pour d'autres, la réforme de la NG, dans la mesure où elle ne s'accompagne pas d'une disparition des structures anciennes de gouvernance, conduit à une multiplication dommageable des lignes hiérarchiques et des circuits de décision. Il y a ceux qui dénoncent, comme nous l'avons déjà écrit, la coexistence et/ou la concurrence du conseil exécutif avec la CME et le conseil d'administration. Il y a aussi ceux – particulièrement les directeurs – qui regrettent le maintien des services et des chefferies de service : à leurs yeux, sans cette suppression, la réforme de la NG est un coup d'épée dans l'eau. Les pôles apparaissent comme l'objet de rivalités nouvelles entre médecins, notamment entre chefs de service et chefs de pôle, une nouvelle occasion de « combattre » pour des distinctions supplémentaires (ce mécanisme étant renforcé par la liste d'aptitude sur laquelle devront figurer les médecins responsables de pôles). L'organisation polaire n'est alors vue que comme une strate supplémentaire. La crainte du mille-feuilles (on ajouterait un étage à la complexité de l'organisation hospitalière sans rien changer véritablement aux équilibres anciens) est particulièrement développée chez les directeurs d'hôpitaux qui pointent le recul (notamment sur la question de la suppression des chefferies de service) que constituent les ordonnances du 2 mai, au regard des intentions initiales prêtées au précédent Ministre de la Santé Mr Mattei. Mais c'est aussi cette crainte du mille-feuilles que l'on retrouve chez certains directeurs médicaux de pôle, qui avaient espéré bénéficier d'une gestion totalement décentralisée de l'hôpital et qui constatent un recul par rapport aux projets annoncés, avec le maintien de forts pouvoirs aux directions centrales. Si en lieu et place d'une décentralisation des budgets, on se retrouve face à une timide déconcentration de la gestion (les personnels

de l'administration centrale de l'hôpital refusant de modifier leurs pratiques), alors l'organisation nouvelle de l'hôpital correspondrait à un « comme si » de plus. On ferait « comme si » tout avait changé alors qu'aucun des principaux fonctionnements n'aurait été réellement affecté.

### ***Les déséquilibres de représentation***

Comme évoqué précédemment, certains des personnels de l'hôpital, qu'ils soient syndiqués ou non, redoutent que les actuelles instances de gouvernance et de gestion ne soient contournées par les nouveaux dispositifs, notamment ceux du conseil exécutif et des conseils de pôle. Il ne s'agit plus alors de dénoncer les doublons mais d'interroger – pour généralement les dénoncer – les nouveaux équilibres en gestation.

Certains médecins redoutent que ne leur échappent désormais des choix stratégiques : ils se demandent à quoi serviront les CME ou CCM dès lors que les principales orientations de développement seront arrêtées à partir des pôles, que les choix stratégiques seront définis en Conseil Exécutif. C'est ici la question de leur représentation qui est posée : les médecins membres du CE ou les chefs de pôle sont-ils vraiment représentatifs de la communauté médicale ou des « traîtres à la cause médicale qui auraient accepté de collaborer avec les vieux ennemis administratifs » (sic) ? Ne faut-il pas privilégier l'ancien mode de représentation jugé plus collégial ? Derrière ces questions, se dessine une lecture critique prononcée à l'égard des administratifs gestionnaires qui, pour réussir la « liquidation » de l'hôpital public, contourneraient les instances qui sont censées être les ultimes remparts de l'esprit de secteur public, et des médecins qui leur emboîteraient le pas. La candidature de certains médecins au Conseil Exécutif ou à des chefferies de pôles s'explique ainsi parfois sur la base d'une opposition au projet de NG et reposant sur cette argumentation.

A leur tour, les directeurs de soins critiquent très fortement les nouveaux équilibres qui sont en train de se mettre en place et qui les marginalisent fortement. Que leurs points de vue se manifestent tout en modération ou avec la virulence du dépit, ceux-ci semblent se vivre comme les grands perdants de la nouvelle sociologie hospitalière. N'étant pas législativement des membres à part entière du CE, n'étant souvent pas présents dans les conseils de pôles, ils ont le sentiment d'être laissés sur la touche. Les lois successives qui avaient permis de créer la Direction des Soins Infirmiers puis la Direction de Soins sont même parfois jugées comme annihilées par les ordonnances du 2 mai. Aucun des discours ne leur semble pouvoir être pris au sérieux, parmi ceux qui sont censés les rassurer sur leur avenir professionnel dans l'hôpital de la Nouvelle Gouvernance : ils ne croient guère aux missions transversales ou à une activité de management stratégique qui leur sont présentées comme pouvant devenir les leurs. Dans la nouvelle architecture hospitalière où seuls les cadres supérieurs sont intégrés à la gestion des pôles, les Directeurs de soins se vivent ainsi comme les grands perdants. Les autres professionnels partagent généralement ce diagnostic, mais imputent très souvent cette difficulté des directeurs de soins à trouver leur place, à la seule personnalité de ces derniers. Le constat d'une récurrente éviction des Directions de soins laisse pourtant penser qu'il y est beaucoup moins question de personnalité que de difficulté organisationnelle pour cette catégorie professionnelle à (re)trouver sa place. Les cadres supérieurs et les médecins ne s'y trompent pas qui, mi-amusés, mi-compassionnés, se demandent ce qu'il va advenir de cette catégorie des directeurs de soins. Dans leur conduite de la Nouvelle Gouvernance, les directions d'établissement, les tutelles, le Ministère, ... se trouveront assurément invités à penser des réponses à l'interrogation fondamentale que les directeurs de soins se posent sur ce qui est désormais leur rôle au sein de l'hôpital.

Dans cette même perspective d'inquiétude d'un affaiblissement de la représentation soignante, on rappellera ici que les représentants syndicaux du personnel soignant redoutent aussi très fortement une marginalisation de la filière soignante, souvent exclue du CE et très faiblement représentée au niveau des pôles (les cadres supérieurs étant rarement considérés comme des « bons » défenseurs de la cause des infirmiers, aides-soignants et autres « petits » de l'hôpital). La Nouvelle Gouvernance affaiblit selon eux

largement les soignants dans le triangle administration-médecins-soignants, en instaurant un duovirat directeurs-médecins, voire un potentat médical. Notons que les médecins et les directeurs récusent rarement cette tendance qu'ils considèrent par contre de façon très positive.

### ***La polyvalence***

Avec la polyvalence (rotation des personnels sur plusieurs services), l'on touche sans doute à l'un des effets les plus controversés de la mise en pôles. Dans certaines situations, la nouvelle organisation polaire a modifié les modes d'affectation des personnels, avec généralement un transfert partiel de prérogatives de la direction centrale des personnels et de la direction des soins vers les directions de pôles. Dans bien d'autres situations, aucun changement n'a encore été observé, soit que la mise en pôles soit toute récente et que la polyvalence ne soit donc encore que projetée, soit que l'existence de pools de personnels polyvalents ne nécessite pas une extension du principe de polyvalence. Qu'elle soit effective, projetée ou fantasmée, la polyvalence n'en reste pas moins un sujet particulièrement vif : défendue ou encensée par les équipes de pôles au nom de la souplesse organisationnelle qu'elle permet, elle est très largement crainte et redoutée par les personnels soignants, les médecins et les chefs de service. L'attachement et l'identification au service restent très forts chez ces professionnels qui disent craindre de perdre, avec la polyvalence, en savoir-faire, compétence et efficacité. Pour ceux que les pôles ne concernent guère, la polyvalence en devient même alors parfois le symbole honni de la Nouvelle Gouvernance.

### ***Le manque de lisibilité***

L'un des constats les plus saisissants qu'il nous ait été donné de dresser au travers de nos entretiens concerne finalement le manque de lisibilité qu'éprouvent les professionnels vis-à-vis de la NG et plus généralement des réformes hospitalières. Certains – y compris chez les directeurs, présidents de CME et chefs de pôle les mieux informés – lient très étroitement les objectifs de la NG et de la T2A, tandis que d'autres y voient au contraire des réformes totalement dissociées ou malheureusement simultanées. Certains y voient un « changement culturel majeur », d'autres une « réformette » (« c'est sûrement moins important que l'électricité, non ? »), sans oublier toutes les catégories de soignants qui, rivés sur leur exercice et pressés par leurs conditions de travail, entendent œuvrer du mieux possible au service d'une mission de santé, mais ne voient absolument pas à quoi peuvent correspondre toutes ces agitations. La seule réforme qui vaille, ce serait une augmentation des moyens, pensent-ils assez solidairement. Tous les brassages occasionnés ne sont, selon eux, que des moyens de faire des économies et donc de ne plus donner un soin de qualité aux patients, ce qui, en période de promotion de l'accréditation et de l'amélioration de la qualité des soins, est perçu comme une injonction intolérable qui traduit l'incompétence des politiques ou leur visée « de démantèlement du service public ».

C'est ainsi très souvent un appel à la clarification des intentions de la NG et des autres réformes hospitalières qui est lancé par l'ensemble de nos interlocuteurs à l'adresse de leurs directions de pôles, de leurs directions d'établissements, de la MEAH, du Ministère de la Santé.

## **2. Réflexions méthodologiques**

### ***Description de l'enquête***

L'étude s'est réalisée sous la forme de 58 entretiens conduits auprès d'acteurs de toutes catégories professionnelles dans 4 établissements hospitaliers.

## *Le choix de 4 établissements hospitaliers*

Ce choix a été établi sur les conseils des représentants de la MEAH et des deux cabinets de conseil (AYMARA et CNEH) ayant participé à l'élaboration des premières monographies sur les établissements engagés dans l'anticipation de la réforme hospitalière<sup>2</sup>. Les 4 établissements retenus l'ont d'abord été sur un critère d'ancienneté d'engagement dans la réforme (il s'agissait d'aller voir des établissements s'étant impliqués depuis plusieurs années dans la réforme). Ce premier critère n'est évidemment pas sans conséquences sur les observations et les discours que nous avons pu recueillir : ces établissements, pilotes dans la Nouvelle Gouvernance, parfois même anticipateurs de la Nouvelle Gouvernance (à travers des expériences locales de pôles), se sont ainsi avérés caractérisés par un fort volontarisme de leur direction mais aussi généralement du couple directeur-président de CME, un volontarisme affichant des intentions générales de rationalisation de la gestion, de redistribution des équilibres professionnels au sein de l'hôpital, soit que ces changements soient jugés souhaitables, soit qu'ils soient aussi jugés inéluctables et vitaux pour la survie de l'établissement.

Notons que le choix des 4 établissements a aussi pris en compte l'intérêt, ou tout du moins l'accueil, qui pourrait être réservé à une étude sociologique universitaire sur une expérience locale dont les acteurs témoignent qu'elle est grosse consommatrice de temps et d'énergie. Demander à ces établissements de participer à une nouvelle étude, c'était ainsi leur demander de dégager à nouveau du temps et des ressources dont tous disaient déjà beaucoup manquer : il fallait solliciter les « bonnes volontés » tout en craignant qu'elles ne soient épuisées par la récurrence de telles demandes. Les établissements sollicités l'ont donc aussi été sur une logique de réseau de sociabilités déjà établies entre les représentants de la MEAH, les cabinets de conseil et les représentants hospitaliers locaux.

Même s'il ne s'agissait pas de viser une représentativité au sens strict du terme, il était entendu que le choix des établissements devait aussi prendre en compte la nature des établissements (CH et CHU), leur taille et les différentes situations (par exemple, contexte de restructuration, contexte de concurrence locale avec des cliniques privées, ...) qui pouvaient les caractériser, situations dont on pouvait par ailleurs supposer qu'elles n'étaient pas sans avoir influencé les raisons de l'engagement dans l'anticipation de la réforme. Finalement, 2 Centres Hospitaliers et 2 Centres Hospitaliers Universitaires ont été retenus.

Notons ici que les critères de sélection des 4 établissements nous ont souvent été demandés par nos interlocuteurs, certains n'étant pas peu satisfaits d'avoir été « élus » par la MEAH, d'autres s'interrogeant de façon un peu plus circonspecte sur les raisons de leur élection.

## *La règle de l'anonymat*

Nous ne préciserons pas plus ici les caractéristiques des établissements visités, comme nous ne préciserons guère, plus loin, les caractéristiques des personnes interviewées. L'engagement à un strict anonymat fait partie des règles que nous nous sommes données dans cette étude et a généralement constitué un précieux sésame d'accès aux différents professionnels que nous avons rencontrés. Tous les acteurs n'ont certes pas prêté une égale attention à cet engagement, certains disant qu'ils « n'ont rien à cacher » et que l'anonymat ne changerait en rien la nature de leurs propos, d'autres entendant profiter de l'entretien pour interpellier le gouvernement, le Ministre de la Santé, les « élites pensantes », ... et revendiquant un statut de parole publique à leur discours.

Néanmoins, d'autres professionnels se sont aussi montrés attachés à cet anonymat et nous gageons au final que cet engagement n'a pas été sans effet sur les discours « bruts » qui nous ont été tenus. Pour que cet

---

<sup>2</sup> Pour une nouvelle gouvernance hospitalière, Actes du colloque du 8 septembre 2004, *Les cahiers de la MEAH*

engagement ne soit pas factice, il est évident que toutes les caractéristiques permettant d'identifier une situation locale (noms de lieux et de personnes évidemment, mais aussi dénominations de pôles, évocation d'une situation ou d'une histoire particulières, par exemple une composition précise d'un conseil exécutif ou d'un conseil de pôle) seront gommés des extraits d'entretien cités. Ce choix nous conduira à ne pas évoquer, autrement qu'en des termes généraux, ce qui serait lié à une situation locale dans le positionnement face à la réforme de la Nouvelle Gouvernance. C'est une limite importante – mais incontournable – de ce rapport qui ne peut ainsi évoquer les raisons locales (contexte de l'établissement, environnement de travail particulier, relations interpersonnelles, trajectoire professionnelle, ...) – pourtant parfois majeures – d'un positionnement individuel.

### *Le choix des personnes rencontrées*

Une fois les établissements sélectionnés, des premiers contacts avec les directions ont été établis – soit directement par nos soins, soit indirectement par le biais des cabinets de conseil sus-mentionnés – en vue d'une première présentation de l'étude. Présentation qui a pris ensuite la forme d'une rencontre avec le directeur et le président de CME dans les deux Centres Hospitaliers, d'échanges téléphoniques et de mails pour les deux CHU.

Dans chacun des quatre établissements, nous demandions aux directions d'établissement ou aux référents qu'elles avaient mandatés sur cette étude, de nous orienter vers des professionnels de leur établissement. Les deux principes directeurs d'« échantillonnage » étaient de sélectionner des professionnels selon leurs fonctions dans l'hôpital et leurs positions vis-à-vis de la Nouvelle Gouvernance.

- Selon le premier principe, il s'agissait de rencontrer des représentants de toutes les catégories professionnelles : brancardiers, ASH, aides-soignants, infirmiers, cadres soignants, médecins, directeurs administratifs, attachés d'administration, etc., qu'ils soient impliqués ou non dans un pôle et / ou dans le conseil exécutif.

- Selon le second principe, il s'agissait de rencontrer des fervents de la réforme et des opposants, des déçus et des satisfaits, des impliqués et des indifférents, etc. L'identification des acteurs les plus impliqués et les plus opposés pouvait s'appuyer sur les paroles et les positions antérieurement exprimées sur la Nouvelle Gouvernance et ce, dans le cadre de l'hôpital et de ses différentes scènes (CA, CTE, journal, réunions, ...). Pour saisir les indifférents, les peu ou non concernés – et donc ceux qui ne s'étaient sans doute encore jamais exprimé publiquement sur la question de la Nouvelle Gouvernance –, il fallait aussi tenter quelques coups de sonde « au hasard » des services, ce que nous nous sommes permis de négocier au gré des opportunités qui s'offraient à nous sur chaque terrain (négociation d'entretiens avec des infirmiers et aides-soignants au cours d'un entretien avec un cadre supérieur par exemple).

C'est néanmoins principalement sur la base des échanges ou des propositions avec les directions des quatre hôpitaux qu'ont été établies les listes des personnes que nous avons finalement rencontrées. Ce mode de choix – comme tout autre choix méthodologique – n'a pas été sans conséquence sur les discours recueillis.

Le premier effet est que les échantillonnages locaux pouvaient partiellement répondre à ce que l'on peut nommer des « effets de vitrine ou d'affichage » : même si nous avons acquis la certitude que nos interlocuteurs ont tous joué le jeu de ne pas nous montrer uniquement la meilleure « face » de leur établissement (ce qu'ils auraient pu faire en ne sélectionnant que les acteurs enchantés, les plus impliqués dans la réforme), tous ne sont pas allés jusqu'à nous montrer leur « face » la moins « honorable ». Autrement dit, les directions d'établissement ne semblent pas nous avoir spontanément guidés vers les acteurs les plus récalcitrants à la réforme (l'on pense par exemple aux médecins chefs de service opposés à leur nouveau chef de pôle, mais ces derniers auraient-ils seulement accepté de nous rencontrer, de « perdre » 1 heure 30 minutes de leur « précieux temps de travail clinique » sur un sujet qui les indiffère ou les indispose, dont ils considèrent en tout cas qu'il est déjà beaucoup trop chronovore ?). Ce premier effet

de sélection n'a pas pour autant totalement invalidé notre ambition initiale de couvrir un large spectre des positionnements face à la réforme, des plus fervents aux plus opposés. Rappelons ainsi que pour ne pas être totalement dupes des effets d'« aiguillage » lié au mode de sélection des personnes interviewées, nous avons généralement négocié, quand nous étions sur le terrain de chacun des quatre établissements, des entretiens avec des personnes « moins concernées », parfois « plus récalcitrantes ». Et l'on pourra aussi noter que chacune des directions d'établissement a alors joué le jeu, nous laissant négocier – parfois en nous y aidant – de nouveaux entretiens, et montrant par là-même une participation à l'étude qui ne saurait être réduite à une volonté d'affichage.

Finalement, la latitude qui nous a été laissée dans la délimitation de notre population d'étude, nous est apparue bien plus grande que sur d'autres terrains hospitaliers : soit que les établissements ne se sentaient pas en mesure de refuser des entrées à des sociologues mandatés par la MEAH, soit – hypothèse qui nous paraît finalement la plus plausible – que le principe de l'étude ait été jugé pertinent et sans enjeu majeur de visibilité : recueillir des récits d'expérience de la Nouvelle Gouvernance, avec ses intérêts mais aussi toutes ses limites, pour témoigner auprès des établissements amenés à découvrir prochainement les joies et les affres de la NG, et constituer ainsi une sorte de « base d'expériences ».

Un autre effet du mode de sélection local des personnes rencontrées a fait que ces dernières savaient qu'elles avaient été choisies, « désignées volontaires », par la direction de l'établissement, pour « rencontrer les sociologues », pour reprendre une expression souvent employée par nos interlocuteurs. Comme les établissements face au choix de la MEAH de les faire participer à l'étude, elles pouvaient s'interroger sur les raisons de leur élection, soit pour s'en réjouir, soit pour s'en étonner (« Mais pourquoi moi ? »). A chacune d'entre elles, il était donc impérieux de rappeler notre engagement à un strict anonymat, pour qu'elles sachent que ceux qui les avaient jetées dans les « griffes » des sociologues ne pourraient pas identifier ensuite leurs propos, pour qu'elles ne se sentent pas aussi ni les vellétés, ni l'obligation de tenir un discours qui serait censé engager l'image de leur établissement aux yeux du Ministère. En d'autres termes, il fallait les décharger du sentiment qu'elles pouvaient avoir d'être investies d'une charge de représentation de l'institution.

### *Le mode d'entretien*

Les entretiens conduits ont répondu à une logique semi-directive, où les thèmes à explorer avaient été préalablement circonscrits par le champ de l'étude : les évolutions les plus récentes de l'activité de travail, les principales contraintes actuelles sur cette activité, les modes d'organisation et de fonctionnement du conseil exécutif et des pôles, les effets concrets de ces nouveaux modes de gouvernance sur les pratiques de travail, les coopérations professionnelles intra- et inter-pôles, intra- et inter-catégorielles, la Nouvelle Gouvernance en général, ses contextes et ses liens éventuellement perçus avec les autres réformes hospitalières (la T2A, l'accréditation, le SROS), etc. Tous ces thèmes n'étaient évidemment pas abordés dans tous les entretiens et leur ordre d'évocation n'était pas non plus fixé, prédéfini.

L'entretien commençait certes généralement sur une description rapide de la carrière et de la position professionnelle dans l'organisation, mais laissait ensuite les professionnels très libres de la façon dont ils entendaient parler de leur exercice, de « leur » hôpital, de l'hôpital en général, de « leur » service, de « leur » pôle, de la Nouvelle Gouvernance, de ce qu'elle impliquait ou non pour eux dans leur quotidien et leur activité professionnelle. Par l'absence de grille d'entretien rigide et formelle, il s'agissait ainsi de ne pas suggérer de hiérarchisation implicite de ce qui pourrait apparaître important dans la réforme de la Nouvelle Gouvernance.

Le principal axe directif des entretiens s'est ainsi révélé dépendre beaucoup moins de nos questions que de la façon dont les personnes rencontrées avaient imaginé, craint ou fantasmé leur rencontre « avec les

sociologues ». Même si nous entendions les laisser libres de nous parler de leur travail, de leur hôpital, éventuellement de leur pôle, les acteurs s'étaient souvent préparés à l'idée de nous parler de la Nouvelle Gouvernance, au prix parfois de quelques révisions douloureuses la veille de l'entretien : d'aucuns se sont jetés dans la lecture des textes de lois qu'ils n'avaient jamais parcourus auparavant, d'autres ont « révisé » en discutant avec leurs collègues. Bref, le discours tenu à l'occasion de la rencontre « avec les sociologues » avait parfois été minutieusement travaillé, comme s'il était agi de passer un examen, de trouver et donner les « bonnes réponses » à un audit qui pourrait mettre en péril l'image de l'établissement. Un travail de démythification des fantasmes (« ce n'est pas un audit », « c'est un travail universitaire », « c'est anonyme », « il n'y a vraiment pas pour nous de bonne ou mauvaise réponse », « ce sont les visions de chacun qui nous intéressent en ce qu'elles peuvent apporter une base d'expérience pour les autres établissements », etc) était donc souvent nécessaire. Et la souplesse de nos trames d'entretien n'en était que plus essentielle, pour sortir les discours des terrains balisés.

*Vous savez qui il y a dans le conseil exécutif ?*

Je ne sais pas très bien qui est dans le conseil exécutif, mais c'est par négligence de ma part, parce qu'on a eu des points communication, des journaux que j'aurais dû lire mais que j'ai lus en diagonale (rires gênés).

*Attendez, ce n'est pas un interrogatoire. C'était juste une question toute simple, parce qu'on vient d'arriver dans l'établissement et qu'on ne sait pas encore qui est dans ce conseil.*

Non, je sais bien. **Mais je vous avoue quand même que je n'ai pas lu tout le texte de la Nouvelle Gouvernance en entier.**

*Moi, non plus (rires).*

Attaché d'administration dans un Centre Hospitalier

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une retranscription écrite. Les retranscriptions ont ensuite été retravaillées pour garantir l'anonymat, « toiletter » le discours oral et lui assurer une lisibilité écrite (cf. infra) et enfin permettre un découpage par extraits, selon une logique thématique.

Chaque extrait cité dans le rapport final sera resitué au regard de la catégorie professionnelle et de la fonction de chaque interlocuteur, ainsi que du type d'établissement : par exemple « médecin PUPH, chef de pôle, CHU » ou « directeur adjoint, directeur de pôle, CH ». Les mentions de genre, d'âge, d'ancienneté, d'appartenance syndicale n'apparaîtront que si elles paraissent essentielles pour comprendre l'extrait cité et si elles ne compromettent pas l'anonymat garanti.

### *La population des personnes rencontrées*

Ces différents choix ayant été faits, nous avons abouti à un total de 58 entretiens, dont nous présentons ci-après quelques-unes des distributions.

	Nombre d'entretiens
1er CH	11
2ème CH	13
1er CHU	12
2ème CHU	22
TOTAL	58

	Nombre d'entretiens
Filière Soignante	28
Filière Médicale	12
Filière Administrative	18
TOTAL	58

#### La filière soignante

Directions de Soins	3
Cadres Supérieurs	8
Cadres	3
Infirmiers	8
Aides-Soignants, Auxiliaires Puéricultrices	5
Brancardier	1
TOTAL	28

#### La filière médicale

Présidents de CME	3
Médecins, directeurs de Pôles	3
Médecins, non directeurs de Pôles	6
TOTAL	12
Médecins PH	8
Médecins PUPH	4
TOTAL	12

Notons que parmi les 28 soignants rencontrés, 4 étaient représentants syndicaux. Nous avons pu ainsi rencontrer des représentants de la CFDT, de la CGT, de FO et de SUD.

#### La filière administrative

Directeurs Généraux	3
Directeurs Adjoint, directeurs de Pôles	2
Directeurs Adjoint, directeurs fonctionnels	2
Directeurs Adjoint, 1/2 directeurs de Pôles et 1/2 directeurs fonctionnels	2
Attachés Administratifs, attachés de pôles	3
Attachés Administratifs, dans directions fonctionnelles	3
Secrétaires médicales	2
Chargé de mission	1
TOTAL	18

### ***Les parti-pris de présentation : traductions multiples***

La commande de la MEAH portait très précisément sur le recueil de témoignages des professionnels de l'hôpital confrontés à la mise en œuvre expérimentale de la Nouvelle Gouvernance. Ce sont donc des propos « bruts » qui étaient attendus par notre commanditaire. Il nous aurait été relativement simple de respecter très scrupuleusement cette demande en livrant littéralement et intégralement la parole retranscrite de nos interlocuteurs. Toutefois, si nous avons été fidèles à ce qui nous était demandé, il nous semble que nous aurions, paradoxalement, « trahi » les attentes de notre commanditaire en même temps que nous aurions affadi les témoignages de nos interlocuteurs. Nous avons préféré, à chaque fois, traduire la parole donnée pour mieux la restituer. Expliquons-nous.

#### *De l'oral à l'écrit : traduction-réduction*

Lorsque le fil d'une discussion, d'un propos qui s'élabore *in vivo* entre deux interlocuteurs, se trouve transcrit par écrit, le résultat produit, s'il reste d'une fidélité littérale aux discours tenus, devient presque toujours illisible. En effet, même si dans un entretien d'une heure à une heure trente (ce qui correspond grossièrement à une douzaine de feuillets dactylographiés) s'exprime une pensée parfaitement organisée et très cohérente, lorsque celle-ci est passée sous forme écrite, elle se transforme, se dilue pour partie. Faite de silences, de sous-entendus, de phrases inachevées, d'allers et retours, de répétitions, de décrochages du récit, d'illustrations précises et de désignations nominatives (dont la retranscription ferait voler en éclat toute intention de respect d'anonymat), la parole, lorsqu'elle devient scripturale, perd de sa force. Les idées sont véhiculées par les mots, certes, mais aussi par les expressions du visage, les intonations, les éléments du contexte de l'entretien, ce dont l'écriture ne peut totalement rendre compte. Par ailleurs, la retranscription scrupuleuse (au mot près) d'un discours oral fait généralement apparaître un discours totalement illisible,



tant la présence d'hésitations (« euh », « ben », ...), de tics de langage (abondance de « bon », « quoi », « hein », « donc », « quand même », ...), d'erreurs grammaticales peut gêner la lecture, alors même qu'elle ne se perçoit pas à l'oral, permettant généralement le temps de la réflexion. Si une telle retranscription est justifiée dans des recherches d'ordre linguistique, il nous a paru qu'elle aurait ici largement desservi la lecture des propos de nos interlocuteurs et le sens de leur témoignage.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, pour ne pas trahir la pensée de nos interlocuteurs, il nous a donc fallu reprendre chacun des témoignages livrés et les mettre en forme, c'est-à-dire sous une autre forme. Ainsi nous sommes-nous efforcés de restituer l'intelligibilité initiale des témoignages, leur force, en les condensant, en les réorganisant. Si jamais la parole de nos témoins n'a été modifiée dans son contenu, elle a parfois été raccourcie, expurgée d'un nom ou d'une précision, réagencée, corrigée grammaticalement, et ce, non pour rectifier mais, au contraire, pour rendre la force ou la virulence d'une intention. Ainsi, des témoignages d'une douzaine de pages, partant dans toutes les directions, où les interlocuteurs se racontent, livrant des éléments de leur histoire et de leur vie privée (éléments que nous ne pouvions pas retranscrire au regard du respect de l'anonymat), évoquant leurs coups de cœur du moment (par exemple, leur comportement électoral du dimanche précédent, lorsque les entretiens étaient conduits après le scrutin portant sur la Constitution Européenne), ont été ramenés à quatre ou cinq feuillets. Au cours d'une telle opération de réduction, nous ne croyons pas avoir atténué la force des propos qui nous ont été confiés. Tout au contraire, pensons-nous, les témoignages, au travers de cette « traduction », se sont trouvés, en se concentrant sur la thématique qui nous intéressait en premier lieu, densifiés ; ils ont gagné, croyons-nous, en signification. Cette première traduction-réduction a été suivie d'une seconde ; elle a trait à nos choix de découpages et de restitution.

### *Découpages et choix d'exposition : axes de scénarisation*

En possession de 58 entretiens, dont nous rappelions plus haut la stratification professionnelle, plusieurs options s'offraient à nous. La plus simple aurait été de livrer les témoignages à la suite les uns des autres en retenant, par exemple, un découpage par statut ou bien en les regroupant par type d'établissement visité. Cette formule présentait de nombreux inconvénients, dont le caractère fastidieux qui en aurait résulté, du point de vue de la lecture du document, n'était pas le moindre. Nous avons donc opté pour une forme différente de scénarisation du matériau accumulé. Deux axes ont été retenus.

Le premier axe est thématique. Il nous a conduit, sur un certain nombre de questions récurrentes, à sélectionner les avis des uns et des autres. Ainsi, par exemple, sur des thèmes comme ceux de la définition des pôles ou bien encore du caractère pertinent ou non de la composition et du fonctionnement du Conseil Exécutif, ... nous avons choisi de présenter la variété des points de vue, tous personnels et statuts confondus. Cette organisation correspond à la première partie du document. Elle présente l'avantage à nos yeux de donner sur chaque enjeu de la réforme un aperçu des positions qui se dressent. Elle a néanmoins pour inconvénient de « saucissonner » les discours, en juxtaposant des extraits issus d'entretiens différents et en empêchant par là-même de situer chaque extrait au regard du positionnement global de celui qui l'a énoncé. Si la comparaison des avis sur un même thème a ses intérêts, elle présente ainsi la limite de ne pas donner à voir le positionnement de chaque avis au regard de l'ensemble du discours de celui qui l'émet. Aussi avons-nous décidé de retenir un second principe de présentation qui organisera la seconde partie du document.

Le second axe de découpage consiste à restituer des témoignages dans leur intégralité (c'est-à-dire après leur « remise » en forme écrite et la suppression de tous les passages qui ne garantiraient pas l'anonymat de nos interlocuteurs). Par ces portraits, il s'agit de montrer toute la complexité des positionnements face à la Nouvelle Gouvernance. S'il y a quelques fois des discours fervents et des contradicteurs de la réforme, l'on observe plutôt des discours tout en nuances sur les avantages et les inconvénients de la réforme : un même

acteur peut se montrer sceptique face à tel aspect de la réforme, enthousiaste face à un autre, indifférent à un troisième, opposé à un quatrième... C'est ici l'agencement spécifique à chaque expérience d'acteur dont nous avons voulu rendre compte.

Dernière précision, parmi les acteurs de l'hôpital, il en est un qui est particulièrement central, décisif (puisqu'il finalise l'institution elle-même) et qui pourtant se trouve totalement absent de notre travail : il s'agit bien évidemment du malade et de sa famille. Placé hors du champ de notre observation, en raison de son improbable connaissance de ce que recouvre le dispositif de la Nouvelle Gouvernance, le malade apparaît ici comme secondaire ou tout du moins central mais en tant qu'objet et non en tant que sujet dont la parole importerait aussi... C'est sans doute là un point sur lequel nos lecteurs, après que nous en ayons nous-mêmes dressé un constat quelque peu désabusé, auront aussi à réfléchir.

# ***1<sup>ère</sup> PARTIE : FRAGMENTS THEMATIQUES***

Cette partie présente une première restitution des voix de l'expérience de la Nouvelle Gouvernance, organisée selon un classement thématique. Nous avons fait un double choix :

- celui de limiter nos commentaires à quelques lignes introductives pour laisser la parole à nos interlocuteurs, comme cela nous était demandé ;
- celui de ne citer dans cette partie que des extraits d'entretiens qui n'apparaissent pas dans la 2<sup>nd</sup>e partie (Portraits), pour éviter les redondances et laisser ainsi intact le plaisir de la découverte des discours de chacune des parties.

## **1. Contextes, opportunités et motivations d'une expérimentation**

**On est allé vite, on est allé fort, on est allé à fond, pour mettre en place les pôles. Aujourd'hui, le contre-coup, c'est que certains ont l'impression d'avoir été violés par les ayatollahs du changement.** (Chargé de mission, CHU)

Quelles sont les raisons qui ont poussé les « ayatollahs du changement » à se lancer dans l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance ?

C'est généralement le volontarisme de l'équipe dirigeante qui est mise en avant pour expliquer l'entrée dans l'expérimentation, un volontarisme effectivement vécu quelques fois sous la forme d'un fort autoritarisme... Quel que soit le vécu de cette volonté de changement, la collaboration et la complicité entre le DG et le président de la CME sont généralement présentées comme des éléments fondateurs.

*Comment avez-vous accueilli l'expérimentation Nouvelle Gouvernance ?*

**J'ai vu arriver l'expérimentation Nouvelle Gouvernance comme une figure imposée. À la CME, on nous a présenté les choses comme étant déjà un peu faites. On nous a indiqué que le directeur s'était engagé pour nous et l'on nous a demandé si on était d'accord. Donc, ils se sont engagés, principalement le Directeur et le président de la CME, sans nous demander vraiment notre avis. On nous a dit que ce serait bien pour nous d'être dans cette expérience.** (Médecin, CH)

**Au début, il y avait beaucoup de médecins qui étaient catastrophés d'être site pilote sur la Nouvelle Gouvernance, ils disaient « Oh, là, là ; pourquoi ils se lancent là-dedans alors que les textes ne sont pas sortis ? ». La CME a certes voté « pour », mais certains ont résisté. Par rapport à ça, c'est sûr que le président de CME a dû bien booster ses troupes : il avait envie d'être site pilote et il a fait ce qu'il fallait faire.**

*Les réticences, elles s'exprimaient comment ?*

**Du genre « Déjà qu'on n'a pas de personnels, déjà qu'on n'a pas de moyens, déjà qu'on nous pourrit la vie, on ne va pas en plus devenir site pilote », ce qui était idiot à mon avis. Ils n'y croyaient pas.**

*Et les militants, pourquoi ils se sont lancés ?*

**Pourquoi ils voulaient que ça se mette en place ? Il y a sans doute plusieurs raisons. D'abord, parce qu'il y avait une enveloppe avec, et qu'on est à trois euros près, ce n'était pas inutile d'avoir un peu d'argent. Aussi, parce que le directeur a été très persuasif, il faut le reconnaître. Aussi, parce que c'est un hôpital qui végète, avec des anciens qui freinent des pieds et qui sont comme des boulets, les jeunes ont envie d'aller de l'avant.** (Cadre Supérieur de Santé, CH)

**Il faut se poser la question de la collaboration des médecins à la démarche. C'est fondamental et tout particulièrement, il faut veiller à impliquer le président de la CME aux côtés de la direction. On peut avoir des disputes avec la CME et son président, mais il faut quand même un peu de complicité intellectuelle avec celui-ci. Pour ne pas se planter sur le plan médical, il faut vraiment que le président de la CME soit partant. Le soutien du Conseil d'Administration est aussi nécessaire, bien sûr, mais l'appui et la participation du représentant de la CME, c'est fondamental. (Directeur Général, CHU)**

**Pour que la nouvelle organisation marche, outre le directeur – qui est de toutes les expérimentations –, il fallait l'implication forte des médecins leaders de l'établissement. Ils sont essentiellement deux à porter le centre hospitalier à le mettre en avant pour qu'il soit reconnu au niveau régional. Si on n'avait pas eu ces médecins, notre centre ne serait pas reconnu comme il l'est aujourd'hui. Il y a une alliance entre ces médecins et le directeur d'établissement. Et cela a été le socle de l'organisation par pôles. Jusque-là, ces médecins avaient beaucoup fait mais surtout dans leur domaine médical, parce que l'administratif ne les intéressait pas. (Directeur des Soins, CH)**

Faut-il encore comprendre pourquoi les équipes administratives et médicales dirigeantes, aussi complices et volontaristes soient-elles, ont souhaité anticiper la réforme de la Nouvelle Gouvernance. Un premier motif, plusieurs fois évoqué, c'est de dire « Puisqu'on va y passer, autant le faire dans les premiers », avec l'idée que les tutelles seront plus clémentes (droit à l'erreur) ou plus souples (marges de manœuvre), avant que les textes définitifs ne soient sortis.

**Nous, on a un directeur qui veut être toujours au top, qui veut toujours être le premier. Il est prêt à n'importe quoi et n'importe comment pour être le premier. On lui avait dit : « Avant de faire les pôles, on pourrait attendre d'y être obligé. Il y a des hôpitaux qui ne sont pas en pôles et qui ne sont pas plus mauvais que nous ». Mais non, il fallait aller vite, très vite. Il disait : « J'aime mieux être devant. Vous verrez les difficultés qu'auront les autres après ». Mais il est toujours comme ça. Il anticipe toutes les réformes. C'est épuisant. C'est un fou au boulot, toujours en train de dire : « On y va, on y va, on y va ». Il risque de faire un infarctus, il ferait mieux de faire attention (rires). Mais ça, vous ne le retranscrivez pas !!! (rires) (Cadre de santé, CHU)**

**On est pilote dans beaucoup de choses. Parfois, c'est bien, car cela peut stimuler. Parfois, c'est un peu fatigant, à force. La décision de l'expérimentation de la NG a été prise par la direction. Une expérimentation, c'est toujours la possibilité de faire des erreurs et d'être pardonné plus facilement ; c'est une manière de se casser la figure moins fort lorsque cela ne marche pas et c'est aussi une manière pour le directeur de se montrer. Je comprends que l'on mette en place cette forme d'organisation par pôles sur des CHU mais, dans un petit hôpital, je ne vois pas trop l'intérêt. On a eu, durant une période une organisation par secteurs puis elle a été supprimée pour une organisation transversale, puis ensuite, on a eu les pôles. J'ai l'impression que l'on avance et que l'on recule sans arrêt. (Directeur des Soins, CH)**

*Pourquoi, d'après vous, l'établissement s'est lancé dans l'expérimentation de la NG ?*

**Je dirais que la Direction et le Conseil d'Administration voulaient être dans les établissements leader pour tester la T2A, ils voulaient qu'on soit en avant. Ils se veulent pionniers. En tous les cas, c'est le message qu'on nous fait passer : si on n'est pas devant, on est derrière. Donc autant innover et aller de l'avant. Et puis, comme il y a une forte concurrence des cliniques privées, il faut bouger, il faut être bien placé, surtout dans le contexte d'une enveloppe globale. (Médecin, CHU)**

Si l'on se réfère maintenant aux discours des dirigeants, l'entrée dans l'expérimentation s'explique beaucoup moins par des soucis d'image et de reconnaissance personnelle, que relativement à

l'environnement de leur établissement et au contexte qu'il traverse. Certains établissements réputés ou florissants entendent « rester au top » ; d'autres, plus en difficulté voire menacés, entendent saisir une de leurs « dernières chances ». Pour tous, l'entrée dans la Nouvelle Gouvernance ne peut se comprendre indépendamment d'éléments de contexte (spécificités du bassin sanitaire, concurrence d'autres établissements publics et/ou privés, histoire de l'établissement, état des relations entre services et chefs de service, ...) et d'autres décisions stratégiques (projet d'établissement, décision de suppression de certains sites ou services, rationalisation de la gestion, construction de nouveaux bâtiments, ...) : l'expérimentation de la NG semble être considérée comme un levier parmi d'autres pour faire bouger l'hôpital, ou tout simplement le diriger.

**Il y avait une situation compliquée au sein de l'hôpital**, compliquée à différents niveaux (l'image, l'activité, la situation financière...). **Paradoxalement, cela a peut-être aidé à mettre en place le projet de Nouvelle Gouvernance.** (Médecin, CH)

**On sentait bien que les ARH commençaient à nous comparer avec le privé. Ici, on a un environnement sanitaire particulier, avec une forte concurrence des cliniques privées, très performantes, qui nous disputent le monopole de l'excellence. On sait bien qu'on est comparé en matière de qualité et de résultats, mais aussi en matière de coûts de production.** (Chargé de mission, CHU)

**Le projet initial de l'organisation de l'hôpital en pôles était de nature médical et gestionnaire. Il fallait supprimer les services doublons sur l'ensemble du CHU et constituer au travers de regroupements des pôles disciplinaires ou pathologiques plus puissants.** Il y a eu une longue phase de préparation, de discussions au cours de laquelle on a demandé aux uns et aux autres de faire des propositions. Les directeurs de soin de l'hôpital ont donc été amenés à faire des propositions d'organisation des pôles sachant que le découpage de ceux-ci appartenait plus aux médecins et à la direction générale. Il a été décidé que chaque pôle aurait son budget et qu'il y aurait à chaque fois un coordonnateur de soins et un directeur délégué. (Directeur des Soins, CHU)

Nous avons réussi à mettre en place cette réorganisation sans trop de difficulté, dans un climat social assez bon, grâce au dialogue mais aussi grâce à un projet médical d'établissement très solide et qui nous a beaucoup aidé. Nous avons développé l'idée d'investir fortement sur des disciplines, des secteurs très ciblés, tout en regroupant des unités ou des spécialités doublons qui jusque-là se faisaient concurrence. Les responsables de ces unités qui se trouvaient sur des établissements différents et faisaient chacun dans leur coin la même chose s'affrontaient plus qu'ils ne coopéraient. **L'existence de véritables projets d'investissement et de développement a permis une mutualisation de leurs activités et a créé un autre climat de travail. Notre projet d'établissement est donc fortement appuyé sur un projet médical qui prévoit des dizaines de millions d'euros d'investissement. C'est cela qui constitue la toile de fond de la réussite de la réorganisation par pôles de notre CHU.** (Directeur, CHU)

**Une des visées de l'organisation en pôles, c'était un raccourcissement des lignes hiérarchiques dans le CHU, avec la suppression des administrations d'établissements.** Dans les années 1970, les CHU ont été déconcentrés par établissements, mais chaque établissement s'est constitué comme un mini-CHU, c'est-à-dire qu'il a empilé toutes les structures : direction des ressources humaines, direction de la clientèle, contrôle de gestion, etc. **C'était un peu la politique du château fort, avec ses murs et ses créneaux. On était rentré dans des guerres picrocholines entre les sites de l'établissement, avec des logiques territoriales. La mise en pôles a permis d'enlever ce niveau hiérarchique.** Ou disons plutôt qu'on essaie de l'enlever. On voit qu'à chaque pas, ce niveau hiérarchique est prêt à réapparaître. (Chargé de mission, CHU)

Mais parmi toutes les raisons énoncées à l'entrée dans la NG, celle qui domine incontestablement, c'est une volonté de nouvelle gestion hospitalière, avec le projet de passer à une gestion déconcentrée, souple, proche du terrain, impliquant les acteurs de terrain, notamment les médecins, adaptée au format de la T2A.

Nous avons considéré sur notre CHU que le projet Nouvelle Gouvernance était un projet de nouvelle gestion hospitalière. **Nous avons souhaité passer d'une gestion centralisée à une gestion plus proche du terrain.** Nous avons d'abord tenté de gérer de façon déconcentrée au niveau des différents sites en y installant les directions fonctionnelles, mais au final, nous avions au niveau local les mêmes problèmes qu'au niveau central ; nous avons simplement déplacé les difficultés. Alors nous avons décidé de repenser totalement la gestion, de repenser notre stratégie. **Prenant exemple sur ce qui se fait en Suisse, en Suède, au Canada, nous avons organisé l'hôpital en pôles. Dans le principe, il s'agissait pour nous de redonner aux acteurs de terrain les leviers de leur action.** (Directeur, CHU)

La réforme de la Nouvelle Gouvernance permet de **redonner aux médecins la place qui est la leur** dans la gestion de l'hôpital. Il ne faut pas oublier que ce sont les patients qui font exister l'hôpital et que les patients ne viennent pas y pour voir le directeur mais pour voir le médecin. **C'est donc de lui que dépend l'activité.** C'est lui qui, en outre, sait aussi ce que sont les développements de la connaissance et des techniques sur telle ou telle pathologie. **Il est donc impératif qu'il soit associé aux grandes décisions stratégiques de l'hôpital. Il prend en compte la gestion sans se transformer en gestionnaire.** (Médecin, CHU)

**L'une des idées de base est assez simple. Pour diriger un hôpital, il faut savoir ce qui s'y passe et l'absence de comptabilité analytique n'aide pas à cette connaissance. Du coup, cette organisation comptable devenait importante et l'organisation par pôles allait permettre sa mise en place.** J'ai proposé que l'on découpe l'hôpital en quelques grands pôles cohérents (la médecine, la chirurgie...) et la nouvelle configuration comptable s'est modelée là-dessus. Avant de proposer ce découpage, j'en ai parlé un peu autour de moi mais les gens ne voyaient pas trop l'intérêt de tout cela, cela leur paraissait purement comptable, purement analytique. **En six mois, cela était en place, la configuration de la nouvelle comptabilité analytique avait été trouvée.** (Médecin, CH)

**Une des visées de l'organisation en pôles, c'était de retrouver des structures à taille humaine, ce qui permettait une gestion de proximité. On a calé des optimums de gestion en matière de taille d'effectifs, de nombre d'équivalents-temps-plein. Ce qu'on voulait, c'était faire des micro-administrations de pôle avec lesquelles tous les agents du pôle pourraient être en liaison directe, c'est-à-dire que l'agent qui a besoin d'un renseignement DRH, il ne va plus le chercher dans un bureau lointain mais il va s'adresser à des gens qui sont lui dédiés. La taille, le champ d'intervention de cette micro-administration est restreint ; par contre, il est beaucoup plus pertinent.** (Chargé de mission, CHU)

Lorsqu'elle est vue sous cet objectif de meilleure gestion hospitalière, la Nouvelle Gouvernance apparaît alors étroitement liée à la T2A.

*Il y a un lien fort, selon vous, entre T2A et Nouvelle Gouvernance, ou non ?*

**Si j'ai bien compris, la Nouvelle Gouvernance se décline sous la forme de la tarification à l'activité et de la répartition sous forme de pôles. Elle a ces deux bras, si j'ai bien compris. Donc, je dirais qu'il y a un lien fort, oui. Enfin, si j'ai bien compris de quoi il s'agit.** (Médecin, CHU)

La nouvelle Gouvernance est, à mon avis, complètement connectée avec la T2A. Notre comptabilité analytique par secteur permet de dire à certaines spécialités : « Vous êtes déficitaire. Vous mangez parce que les autres vous nourrissent ! » et cela correspond à ce que va mettre en place la Tarification à l'Activité. Les médecins ne sont pas des gestionnaires mais

ils comprennent bien ce raisonnement. **De toute façon, ceux qui disent « Moi, je suis médecin et la gestion ne me concerne pas, elle est pour les administratifs » seront de moins en moins nombreux. La jeune génération des médecins est plus ouverte à un autre langage ; ceux-ci se rendent compte qu'il faut coopérer avec l'administration et que l'on ne peut rester enfermé dans son savoir médical.** (Médecin, CH)

Finalement, l'on peut dire que dans les différents établissements, l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance a été menée sous couvert d'une nécessité de changement, principalement dans le domaine de la gestion. Un changement réclamé et impulsé de façon fortement volontariste par l'équipe dirigeante.

## **2. Organisations institutionnelles formelles et fonctionnements réels**

L'expérimentation de la NG a pris des formes très différentes selon les établissements et à l'intérieur des établissements.

Il y a d'abord de grosses différences liées aux stades d'avancement dans l'expérimentation, entre ceux qui se sont lancés depuis plusieurs années en expérimentant notamment le format des pôles (et qui peuvent donc déjà dresser des bilans) et ceux qui en sont au stade de la mise en œuvre, sans compter ceux qui parlent d'une mise en œuvre à venir (directeur médical de pôle non encore élu, conseil de pôle pas encore réuni, ...). Le plus généralement, ce sont des débuts d'expérimentation que nous avons observés, avec des premières bonnes surprises ou déceptions, mais surtout des projections, sous forme soit d'attentes, soit d'inquiétudes.

Il y a aussi de grosses différences dans les formats qui ont été retenus pour mettre en place les deux niveaux d'organisation institutionnelle formelle : les pôles et le conseil exécutif. Selon les lieux, les pôles et le conseil exécutif ont ainsi des contours et des compositions très variables, les établissements ayant profité de la relative marge de manœuvre que leur laissait la période précédant la parution des textes officiels et notamment l'ordonnance du 2 mai.

On observe enfin de nettes différences quant aux fonctionnements réels de chaque pôle et conseil exécutif. Entre l'organisation formelle et la réalité de l'activité de ces nouvelles institutions, l'écart est parfois considérable.

Pour rendre compte de toutes ces différences, nous avons opté pour un découpage en deux sous-parties : la première sur les pôles, la seconde sur le conseil exécutif.

### ***2.1. Les pôles***

Les pôles sont généralement la première concrétisation de la réforme, pour ceux qui n'ont pas été directement à l'initiative de son expérimentation. C'est une première concrétisation dont chacun soupçonne qu'elle aura des effets profonds et durables sur la vie de l'hôpital, les pôles étant amenés à devenir le quotidien de nombreux personnels, en tant que nouvel environnement de travail.

#### *Le découpage des pôles*

Tous nos interlocuteurs mettent l'accent sur le moment du découpage des pôles, par ailleurs effectué de façons très différentes selon les établissements : parfois par le seul président de CME, parfois par le seul binôme DG-président de CME, avec ou sans discussion avec la CME, parfois par des commissions *ad hoc*. On retrouve ici la dimension volontarisme / autoritarisme évoquée au sujet de l'entrée dans

l'expérimentation. Ceux des acteurs qui ont été exclus de la réflexion sur le découpage sont généralement quelque peu amers.

*Comment a été vécu le regroupement des services dans le pôle ? Comme une aubaine ou... ?*

**Oh non ! (rires). En toute honnêteté, le regroupement a été voulu par l'administration pour regrouper les moyens, éviter les dépenses inutiles et redondantes. Et même si on était à peu près d'accord pour se regrouper, on ne voulait surtout pas être délocalisé. Mais bon, on n'a pas eu le choix.**

*Le regroupement a été annoncé comme un Diktat ?*

**Disons que c'était dans l'air du temps. Certaines spécialités avaient déjà dû se regrouper. On savait que la politique était au regroupement des structures.**

*Comment on manifeste ses résistances ?*

On en discutait en interne et puis après, c'étaient les grands patrons, les chefs de service qui allaient discuter avec l'administration, avec la direction générale. **On a fait part de nos réticences, de nos préoccupations. Nos réticences ont bien été perçues, mais bon, de toutes façons, ça avait été voté en CME et en Conseil d'Administration. Et puis, on a obtenu des choses, le dialogue n'a pas été stérile, loin de là : on a des moyens corrects, on a perdu des lits mais on a appris à mieux les faire tourner. Et pour ma part, je dois dire que l'administration était loin d'avoir tort sur certains points.** (Médecin, CHU)

*- Comment se sont décidées les frontières des différents pôles et quels sont les premiers effets ressentis de leur fonctionnement ?*

**On n'a pas eu trop le temps de discuter sur la définition des pôles en CME ; cela s'est fait un peu en dehors de nous, même si on en a quand même un peu discuté. Enfin, c'est comme cela que je l'ai ressenti.** Dans ce découpage, il y a des pôles très importants quantitativement où tous les services ne se trouvent pas représentés de la même manière. J'ai des collègues, dans d'autres établissements hospitaliers, qui sont dans la même discipline que moi et qui se trouvent rattachés à d'autres unités médicales qu'ici et dans des pôles beaucoup moins grands.

**Les critères de découpage des pôles posent question.** On peut perdre de notre spécialisation dans des grands regroupements comme ici. **Il y a une sorte d'indifférenciation au sein des pôles entre les professionnels de spécialités différentes.** Ces débats ont plutôt surgi après la mise en place. Nous n'avions pas vu arriver ce genre de difficultés. On était surtout préoccupé de la perte de pouvoir de la CME qui nous paraissait découler de la mise en place du Conseil Exécutif mais nous n'avions pas réfléchi au risque de voir nos spécialités noyées dans un pôle de médecine indifférencié. Actuellement, on cherche à voir comment redéfinir notre pôle en rapprochant tel service de tel autre, pour trouver une cohérence médicale plus grande. **Les critères de découpage ne sont, de toute façon, pas facile, à trouver.** Il n'y a pas de parcours *a priori* du patient qui justifierait de manière nette un mode d'organisation plutôt qu'un autre. (Médecin, CH)

Pour ceux qui ont été amenés à penser au découpage des pôles se pose évidemment la question des critères pertinents d'un tel découpage. Les critères les plus cités sont la logique de la pathologie, l'unité de lieu, la taille souhaitée en effectif de personnels, la logique comptable, les ententes entre professionnels (ou tout au moins l'absence de conflits), les flux de patients. Même si certains défendent prioritairement certains critères, un accord semble se faire autour de l'idée qu'il n'y a pas de recette unique et qu'il convient plutôt, au gré des situations, de combiner les critères. Il convient surtout – et c'est là une exigence relevée par une très grande majorité des acteurs rencontrés – de se laisser la possibilité de faire évoluer les contours des pôles.

**Le découpage des pôles n'est pas forcément facile à réaliser. Derrière quelques évidences comme celle d'un pôle mère-enfant, ou encore d'un pôle biologique, d'un pôle technique/imagerie... des secteurs où l'on voit spontanément une forme d'unité, il y a toute la complexité du découpage et du regroupement de disciplines médicales. Là**



encore, il faut se donner la peine d'écouter les personnels. La base du regroupement, cela a été, pour nous, l'entente entre les gens. Sur cette base, nous avons réussi à rassembler des pathologies qui, de prime abord, peuvent apparaître comme n'ayant aucun rapport. Et pourtant ces regroupements fonctionnent et permettent une réelle inventivité dont le patient profite. Il a mal au ventre ? Nous avons rassemblé des services dans un pôle qui peut fournir toutes les explorations concernant ce type de problèmes. Si nous avions aussi des critères de taille pour ne pas multiplier à l'infini les pôles et leur donner une masse critique comparable, le tracé des frontières des pôles était très ouvert et dépendait de la volonté que les gens manifestaient ou non de travailler ensemble. **Dans cette phase de définition des pôles, chacun de mes confrères a évidemment joué pour tenter d'obtenir ceci ou cela. Mais nous n'avons jamais imposé quoi que ce soit et les gens ont joué le jeu.** (Médecin, CHU)

Nous avons travaillé avec les médecins pour définir le découpage des pôles. Cela n'a pas été facile et nous nous sommes donnés la possibilité de faire évoluer le découpage initial dans le temps au moins à la marge. Depuis le début de la réorganisation, nous avons un peu recalé les choses chaque année. **Nous ne pouvons pas dire que nous n'avons qu'un seul critère de découpage.** Il y a les logiques médicales, cliniques, techniques, administratives, mais aussi celles relatives à la suppression des doublons sur le CHU, puis la prise en compte également des frontières entre services clients et services prestataires de même que nous avons aussi tenu compte des services qui avaient une activité très productive et d'autres qui relevaient plutôt des missions d'intérêt général. De ce point de vue, on peut considérer que la réforme de la T2A a été un outil supplémentaire pour penser la réorganisation. Après avoir mobilisé tous ces différents critères, après avoir beaucoup discuté, nous avons gardé la possibilité de rectifier les découpages chemin faisant. (Directeur, CHU)

Avec la tarification à l'activité, on sait que ce sont les services cliniques qui produisent l'ensemble des ressources de l'hôpital. On a donc intérêt à avoir une structure qui soit la plus proche de la manière dont vont être traitées les données. **Dans l'absolu, on peut se dire que tout est possible : faire des découpages sur une logique géographique, en gardant par exemple un service radiologique dans un pôle clinique. Sauf que sur le plan de la comptabilité, il faudrait alors distinguer l'activité clinique et l'activité médico-technique.** Et l'on sait bien que plus on retrace l'information, plus ça demande du temps et plus on multiplie les risques d'erreur. Donc on a organisé le découpage des pôles autour de la production de l'information médico-économique, avec des pôles cliniques, des pôles médico-techniques. **Certes, on aurait pu faire autrement. On peut tout faire : tous les découpages de pôles sont possibles, mais à ce moment-là, il faut réempiler des administratifs pour retracer l'information ; ce n'est pas vraiment compatible avec l'idée de limiter le poids de l'administration.** (Chargé de mission, CHU)

Une fois que l'on a posé un certain nombre de critères du type « Il faut 200 lits par pôle clinique et entre 400 et 500 agents », le périmètre des pôles peut varier. On a l'humilité de reconnaître que ce n'est pas gravé dans le marbre. **Il y a des pôles qui s'imposent, assez facilement à tous dans leur découpage. À l'inverse, vous avez des pôles dont les contours sont beaucoup moins évidents et que l'on va avoir tendance à définir non par ce qu'ils sont mais au contraire par ce qu'ils ne sont pas. Il est parfois difficile de donner un ciment et une cohérence à un pôle ; on peut même avoir du mal à leur trouver une appellation de pôle.** Comme en outre, les pôles n'ont pas forcément d'unité géographique, cela complique les choses. **Quand il n'y a ni unité pathologique, ni unité géographique un pôle est un repère difficile à retenir du point de vue identitaire pour certains personnels.** Je comprends que les gens aient du mal à s'y retrouver et que certains ne sachent pas à quel pôle ils sont rattachés. **Ceux qui s'y retrouvent le mieux sont ceux qui ont une famille en termes de pathologie d'organes et une unité de lieu.** Un des grands objectifs de notre projet, c'est de parvenir à faire ce type de recompositions. Cela prend du temps et passe par des investissements architecturaux souvent. (Directeur, CHU)

Notre pôle rassemblait au départ une douzaine de services. Nous avons d'abord mutualisé les moyens puis, chemin faisant, le projet se précisant, les contours du pôle se sont reconfigurés, certaines unités rejoignant d'autres pôles nouvellement créés. **Les frontières d'un pôle ne se définissent pas *in abstracto* ; elles dépendent vraiment du projet que l'on poursuit.** Avec le peu de recul que nous avons, je peux quand même dire que si nous n'avons pas réussi à obtenir tout ce que nous espérions au départ, nous avons quand même réussi notre formatage. (Médecin, chef de pôle, CHU)

Il y a eu deux découpages de l'établissement par pôles. Le second a rectifié ce que le premier avait mis en place ce qui, à chaque fois, suscite un énorme travail informatique derrière. Ces redécoupages sont le fruit de négociations entre médecins et direction. Pas trop des médecins entre eux. **Les critères sont compliqués. Il y a des affinités personnelles qui se jouent et qui sont essentielles, même si officiellement, ce n'est jamais affiché.** (Directeur des Soins, CH)

Généralement, dans chaque établissement, il y a des pôles qui font évidence, du fait de certaines logiques organiques, des coopérations passées entre professionnels, des logiques de lieux, ... La difficulté est toujours de boucler l'ensemble du découpage avec tous les services pour lesquels il n'y a pas évidence. C'est là qu'on touche aux pôles « disparates », « mosaïques » ou « poubelles », pour reprendre des expressions de nos interlocuteurs. Un minimum de « cohérence médicale » du pôle est alors présenté comme un critère nécessaire... mais pas suffisant.

J'ai accepté ce poste de cadre sup dans ce pôle, parce que c'était un pôle avec une même spécialité, donc je me disais que cela serait assez facile de créer quelque chose, de créer une nouvelle appartenance. C'était quelque chose qui m'enthousiasmait bien – l'idée de créer un pôle d'activités –, avec un départ qui me semblait facilitant.

*Ce côté facilitant s'est confirmé ?*

**Et bien alors (rires), je pense qu'il y a bien eu ce côté facilitant, mais pas autant que je l'avais cru (rires). Il y est dans le sens où c'est quand même la même spécialité et que quelque part – je dis bien « quelque part » – il y a des objectifs en commun,** alors que – de l'avis de mes collègues –, dans des pôles qui sont totalement disparates, où il y a de tout, il faut vraiment chercher les objectifs communs, les logiques de projet commun. Cela étant dit, **il reste les habitudes, les cultures, les histoires des services : chaque médecin a sa chapelle à défendre, avec son service, sa spécialité, ses propres enjeux. Des enjeux de pouvoir, de dominance, d'image, de prestige. Et ça, je le retrouve totalement dans ce pôle, même s'il n'y a qu'une spécialité.** D'autant plus qu'on est dans un CHU : la dimension prestigieuse de la recherche est omniprésente. Les priorités ne sont pas les mêmes : ni dans les ressources, les moyens, les compétences, les modes de prise en charge des patients. **Et moi, en tant que cadre sup, je suis au centre de la mêlée. C'est donc difficile de faire un projet de pôle commun. On retrouve les mêmes tiraillements qu'ailleurs.** (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

### *Le choix des instances de pôle*

Une fois les pôles délimités (ou parfois en même temps que le travail de délimitation), il s'agit de penser aux instances qui les animeront. C'est ici encore la variété qui ressort des expériences d'établissement (cf. introduction) : selon les types (CH / CHU) et les tailles d'établissement, l'on trouve différentes instances, depuis les équipes de direction de pôle jusqu'aux plus larges « conseils de pôle ». Les équipes de direction sont généralement composées d'un trio directeur administratif (généralement à mi-temps) - médecin coordonnateur - cadre supérieur de santé, élargies souvent à un assistant de gestion, parfois à un coordonnateur médical adjoint. Les bureaux de pôle rassemblent généralement cette équipe avec l'ensemble des médecins ou leurs représentants. Les conseils de pôle – souvent en cours de formation au

moment de l'étude – voient l'arrivée des représentants du personnel. Derrière cette diversité se cachent des équilibres des pouvoirs – savamment pensés et dosés –, entre les différentes catégories de personnels (directeurs, administratifs, médicaux, soignants, représentants des personnels) et à l'intérieur de chacune de ces catégories. Le choix des dénominations rend bien compte de ces dosages : qui nomme-t-on « directeur » ou « chef » ? Le responsable médical est-il nommé « directeur », « coordonnateur » ?

Un pôle, ce n'est pas seulement **un directeur**, c'est un collectif de tête qui est composé du **coordonnateur médical et de son adjoint, d'un assistant de gestion, d'un cadre supérieur** et enfin d'un **directeur délégué**. Il faut être respectueux des compétences de chacun, si l'on veut que la nouvelle organisation démarre bien.

**Pour l'instant, il n'y a pas de conseils de pôles.** Nous ne savons pas encore comment ils vont être constitués. Pour l'heure, ils sont plus la représentation des conseils de services. De toute façon, **il est plus facile de travailler avec les cinq personnes d'un bureau de pôle qu'avec 50 personnes qui constitueraient un conseil.**

Nous avons aussi **une assemblée générale des médecins de pôle**. C'est une forme de démocratie directe intéressante. Cela peut faire doublon avec la CME, mais cela peut aussi constituer une sorte d'assemblée intermédiaire préparant un dossier pour la CME. Soulignons aussi, au passage que la CCM de chaque établissement perd aussi un peu de sa fonction puisque les établissements disparaissent au profit des pôles. (Directeur, CHU)

Pour l'instant, à côté d'un médecin responsable de pôle, on a un administratif qui a un œil sur les comptes du pôle et à qui il revient plus particulièrement de le superviser, mais cet administratif garde sa direction fonctionnelle par ailleurs. Les conseils de pôles ne sont pas encore en place non plus. **Formellement, on a désigné des médecins mais aussi des soignants pour être dans les conseils des pôles, mais comme les gens ne sont pas trop impliqués, tout cela fonctionne plus ou moins bien** et de manière encore très informelle. Le plus urgent, pour nous, c'est donc de faire fonctionner les pôles en ayant les paramédicaux impliqués, donc il faut organiser des élections pour qu'ils aient des représentants dans les conseils de pôles. (Médecin, CH)

Le pôle est géré à plusieurs niveaux. Il y a un bureau qui se rassemble tous les 15 jours et réunit les principaux responsables. **Il y a un conseil de pôle qui réunit tout le monde et fonctionne beaucoup mieux que les conseils de service.** Les syndicats ont été opposés à ce mode d'organisation car ils avaient le sentiment que ces instances se substitueraient au CTE et au CHSCT. Aussi, ils auraient aimé y être représentés en tant que tels. Évidemment ces instances nouvelles du pôle ne se substituent pas aux anciennes.

Au départ, nous avions peur de ne pas avoir de coordonnateurs médicaux pour les pôles. Il y en a eu et, parfois même, il y a eu plusieurs candidats par pôle. **Les candidats étaient plutôt de jeunes praticiens que d'anciens chefs de services. C'est une dynamique intéressante.** De ce point de vue, **je suis tout à fait contre la liste d'aptitude** qui est supposée instaurer au plan national une légitimité des chefs de pôles. Ce n'est pas une bonne chose. Il faut faire confiance aux établissements et les laisser décider seuls de qui est ou non capable de piloter un pôle. (Médecin, CHU)

On a **un conseil de pôle** où il y a des représentants de chaque collège professionnel. Chacun élit ses représentants. Ce conseil se réunit 4 à 5 fois par an et son rôle majeur c'est de préparer les contrats annuels de pôle qui seront passés avec la direction générale. À l'usage, cette assemblée du conseil de pôle est beaucoup trop diverse. **Ce sont des gens trop différents pour pouvoir construire quelque chose. Par ailleurs, ce sont aussi 40 personnes et il n'est pas facile de travailler à 40.** Le conseil de pôle n'est pas un lieu inutile car on s'informe les uns les autres, mais ce n'est pas une instance de travail. À côté de cela, on a créé **un bureau de pôle**. Ce n'est pas obligatoire dans les textes mais là, on se réunit avec tous ceux qui ont une question à soulever et à soumettre au trio ou quatuor qui pilote le pôle. Cette réunion a lieu tous les 15 jours. Je fais le tour des « popotes » avant, pour voir de quoi on va parler. On débat

de tous les problèmes (l'informatique ne marche plus, telle machine est en panne) et cela jusqu'à des débats généraux d'orientation du pôle (quels postes doit-on ouvrir, quels recrutements effectuer ?). Ces débats ne sont pas officiels mais c'est un forum essentiel. C'est la seule assemblée où il y a une participation croissante. (Médecin, chef de pôle, CHU)

Je pense que ce sont les bureaux de pôle qui sont les plus efficaces – les conseils de pôle, c'est plus informatif –. Il y a beaucoup de discussions qui remontent au bureau de pôle, qui collige, qui vote et qui fait remonter aux instances supérieures et donc au directeur général. C'est une façon pour les médicaux d'exprimer, devant tous, les opinions des uns et des autres, sous réserve qu'on ose parler (sourire). Mais bon, on n'est quand même pas très nombreux au cours de ces réunions de bureau de pôle et on se connaît relativement bien, donc ça permet à chaque médecin de s'exprimer de façon officielle, et pas en catimini, dans son coin. Donc je trouve cela plutôt positif.

*Qu'est-ce qu'il s'est discuté dans ce bureau pour le moment ?*

Les projets du pôle, les grandes orientations des années à venir : ce qu'on a envie médicalement de développer dans les prochaines années. On discute entre équipes, pour définir les priorités, sans se fâcher, sans claquer la porte et sans le faire – comme ça se faisait il y a 20 ans – entre uniquement 3 chefs de service qui représentent surtout eux-mêmes. (Médecin, CHU)

Nous avons donc en appui sur un travail collectif en commissions défini une nouvelle organisation qui serait composée de pôles cliniques et de pôles logistiques, techniques. Plus d'une quinzaine de pôles ont été mis en place avec à chaque fois un coordonnateur médical et un directeur délégué. Sans m'attarder sur les appellations et autres désignations que nous avons retenues, **il faut souligner que, dans notre montage, le Directeur Général délègue ses responsabilités de gestionnaire des finances (sur lesquelles il est responsable pénalement et personnellement) à un de ses collègues directeur adjoint et non pas au médecin coordonnateur de pôle. Ce n'est pas de la défiance vis-à-vis de ces derniers mais une logique organisationnelle. Le Directeur Général n'a pas la même autorité statutaire hiérarchique sur les médecins que sur les directeurs. En d'autres termes le « chéquier » c'est le directeur qui le gère et pas le médecin.** D'ailleurs ceux-ci ne réclament pas cela. Ils ne cherchent pas à être des gestionnaires, ils sont médecins et entendent le rester. Dans l'ordonnance, les textes ne sont pas sur cette logique. Nous jouerons avec cela en faisant signer les contrats de pôle par les deux acteurs que sont le coordonnateur médical et le directeur délégué. (Directeur, CHU)

Je suis directeur référent de pôle. Le terme de référent a son importance. Un directeur délégué de pôle se voit délégué par le Directeur Général son pouvoir de direction. Le directeur référent n'a pas la même vocation. Il a dans ses tâches la responsabilité de contribuer au fonctionnement du pôle dont le véritable chef, « le patron » si vous préférez, est le coordonnateur médical. (Directeur, ½ directeur de pôle, ½ directeur fonctionnel, CHU)

### *La transformation de certaines identités professionnelles et l'ajustement des positionnements*

Une fois les équipes et instances de pôles définies, il restait à affecter des personnes sur chacun des postes retenus pour le pilotage des pôles (principalement directeur, attaché de gestion, cadre supérieur, chef de pôle). Cette affectation a pu rencontrer ça et là des résistances individuelles liées notamment au refus de changer de lieu d'exercice et d'environnement de travail, mais les principales résistances se sont surtout manifestées autour du changement – envisagé puis expérimenté – des contenus de travail. L'organisation en pôles s'est en effet traduite par une profonde transformation – valorisante pour certains, déstabilisante pour d'autres – de certaines identités professionnelles :

- celle des directeurs et des attachés d'administration amenés à passer d'une direction centrale à la direction d'un pôle, au contact direct des médecins et des soignants, avec de nouvelles tâches et compétences afférentes.

- celle des cadres supérieurs de santé, souvent identifiés comme les grands gagnants de la réforme, du fait de leur plus grande autonomie vis-à-vis de la Direction de Soins, mais amenés à repenser leur positionnement, notamment vis-à-vis des cadres de proximité et des assistants de gestion.

- celle des médecins confrontés de près à la question de la gestion et de l'administration d'un pôle, et amenés, avec la chefferie de pôle, à repenser la distribution des tâches, des pouvoirs et des prestiges au sein de leur groupe professionnel.

**Les cadres supérieurs ont plus de pouvoirs qu'avant** ; ils peuvent choisir leurs personnels de pôle alors qu'avant, ce n'était pas vraiment le cas. Au niveau du pôle, ils ont même constitué des équipes permettant de combler les absences à l'intérieur du pôle en organisant des remplacements sans être obligé d'en passer par une demande à l'administration. En plus, **les cadres supérieurs sont membres des directions de pôles avec les coordonnateurs médicaux et les directeurs délégués ; ils y ont gagné avec cette réforme.** Par contre, les directeurs des soins eux sont perdants. Ils sont sur des missions fonctionnelles transversales, mais on ne voit pas trop à quoi cela correspond.

De même, **certains attachés administratifs de pôles sont très contents de leur position.** En effet, pour peu qu'ils connaissent bien leur travail pour avoir de l'ancienneté sur un établissement dont ils sont le « syndic », **ils finissent par être sollicités plus souvent que les directeurs de pôles délégués** et y compris par les coordonnateurs médicaux. Cela pose un problème de positionnement à certains directeurs. Au début de la mise en place du projet, nous avons eu une réunion avec la direction générale ; les membres des services administratifs s'exprimaient beaucoup et les directeurs ne disaient rien. Le Directeur Général a été obligé de leur demander d'expliquer pourquoi ils se taisaient ; ce n'était pas facile pour eux surtout au début.

**Pour les chefs de service, il ne faut pas rêver. Ils n'ont pas accepté facilement les coordonnateurs.** Moi je souhaite du courage au coordonnateur pour aller dire à son collègue chef de service qu'il a trop dépensé de ceci ou de cela. Il faut voir d'où l'on vient aussi. Les chefs de service sont parfois des personnages appartenant à des familles de médecins sur plusieurs générations. Ceux-là ne vont pas se plier facilement aux remarques des coordonnateurs de pôles ; on l'a vu sur certains regroupements de service où les chefs de service ne se parlaient pas autrement que via des émissaires.

Si on en revient à notre propre activité, on peut dire que nous cela nous a rapproché des agents de terrain. Nous sommes en permanente discussion avec eux : ils nous demandent des conseils, nous allons les voir sur place et ils viennent aussi. On entre dans des négociations avec eux sur les effectifs. C'est un peu du marchandage de tapis par moments, mais c'est très intéressant quand même. (attaché d'administration, direction fonctionnelle, CHU)

Cela a complètement changé les relations de travail ; par exemple, autrefois, j'allais faire signer des courriers au directeur de site que, maintenant, je signe moi-même. Mon travail s'est modifié avec l'organisation par pôles. Avant, c'était quand même confortable. Si j'avais un problème, j'avais le directeur d'établissement à côté, j'allais frapper à sa porte et l'on en discutait. J'avais ce soutien et ce confort de la prise de décision qui était quand même plus reconnue parce qu'ils sont quand même directeurs quoi ! Maintenant je suis en première ligne. (Assistant de gestion, CHU)

Quand j'ai posé ma candidature pour devenir cadre sup, c'était dans l'optique d'obtenir une mission transversale sur l'établissement. On parlait déjà de la Nouvelle Gouvernance et il y a des postes de cadre sup qui ont été ouverts. **J'ai eu envie de postuler parce que cela me semblait novateur ; ce qui m'intéressait surtout, c'était la déconcentration de la filière médico-technique.** Mais je reconnais que, quand j'ai posé ma candidature pour être cadre sup, il y avait encore beaucoup d'incertitudes et d'inconnues sur la Nouvelle Gouvernance, on ne

savait pas encore trop ce que ça allait comporter. Il y avait des orientations, mais de là à savoir vers quoi on s'engageait...

*Ce que vous appelez « déconcentration de la filière médico-technique », c'est...*

Dans un établissement, on dit toujours « il y a les soignants, il y a les médico-techniques, il y a les techniques, il y a les administratifs ». Les médico-techniques ont cette particularité quand même de s'occuper aussi des patients : ils ont certes un rôle technique mais aussi un énorme rôle soignant, parce qu'ils prennent en charge les patients. Mais ils n'ont pas cette image : ils ont l'image de gens qui ne font que la technique. Et donc on est un peu isolé. Alors qu'on s'est bien rendu compte qu'on pouvait travailler plus ensemble, par exemple au moment de l'accréditation, quand on a parlé de démarche qualité sur la prise en charge des patients. J'ai trouvé que l'accréditation était une ouverture et que les pôles pouvaient en être une autre. (Cadre Supérieur de Santé, CH)

**C'est sûr que l'identité des cadres sup est celle qui a été le plus transformée par la réforme.** Autrefois, être cadre sup, c'était soit gérer plusieurs services, soit avoir une mission transversale. Aujourd'hui, avec les pôles, c'est différent : il faut essayer de participer à la cohésion du pôle, essayer d'entraîner les membres du pôle. C'est intéressant parce que ce n'est pas théorique : on est auprès du terrain. Par exemple, sur le circuit du patient, il faut aller voir ce qu'il se passe sur le terrain, pour arriver à résoudre les difficultés de chacun. (Cadre Supérieur de Santé, CH)

*Coordinateur de pôle, c'est un poste valorisant pour les médecins ?*

**Je dirais que quand on est dans une manifestation scientifique, l'étiquette qui compte, qui est valorisante, c'est d'être chef de service. Coordinateur de pôle, ça compte plus, ça a plus de valeur au niveau de l'hôpital. Il y a encore une grosse dichotomie entre la représentation scientifique et la représentation hospitalière. Quand vous allez à un congrès, vous voyez rarement marqué sur la plaquette « Docteur ou professeur Machin, directeur de pôle », vous voyez plutôt écrit « Chef de service » (rires). Et ça risque de durer. Ça risque de durer parce qu'il y a encore une grosse dichotomie dans la vision des médecins entre tout ce qui est scientifique et tout ce qui est administratif.** (Médecin, CHU)

Ce qui est sûr, c'est que les premiers temps de fonctionnement des pôles nécessitent des ajustements nouveaux entre les différents professionnels. D'abord, entre les pôles et les directions fonctionnelles. Ensuite, au sein des pôles, entre les cadres supérieurs et les assistants de gestion, les directeurs médicaux et administratifs.

**Quand la Direction Générale a décidé de mettre un assistant de gestion dans l'équipe de pôle, cela a été très difficile à vivre pour moi, en tant que cadre sup. Parce que je ne voyais pas bien sa place. Je ne voyais pas très bien ce qu'elle venait faire dans tout cela. On était déjà deux – le directeur administratif de pôle et moi – à être vraiment sur le terrain, à fond.** Le cadre sup qui m'a précédé avait plutôt demandé une assistante de direction, c'est-à-dire une secrétaire de direction, pour nous aider dans les réunions, les mises en forme, les compte-rendus. Mais bon, l'administration n'a pas obtempéré dans ce sens : elle s'est calée sur des assistants de gestion, ce qui a d'ailleurs été confirmé dans les textes.

*Comment vous avez trouvé alors un équilibre avec l'assistant de gestion ?*

**Quand elle a pris ce poste, c'est elle qui a su trouver l'équilibre et qui s'est bien rendu compte des difficultés que cela pouvait poser à chacun. Elle s'est rendu compte que si chacun voulait y trouver son compte, il fallait se trouver des terrains d'entente et ne pas marcher sur les plates-bandes de l'autre.** La répartition aujourd'hui, c'est qu'elle m'aide sur les réunions, compte-rendus de réunion, etc. Elle ne m'aide pas du tout sur tout ce qui est gestion du personnel non médical : je tiens mes tableaux toute seule. De son côté, elle s'occupe de tous les autres tableaux de suivi des coûts, des dépenses. Mais elle est très attentive aussi : elle ne veut pas qu'on lui donne que du travail de suivi. De temps en temps,

elle a des dossiers spécifiques à monter – par exemple l'historique des procédures – où on ne s'en mêle pas du tout : ni le directeur, ni moi. (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

### *Prémices de fonctionnements*

Pour la plupart des pôles, les premières expériences relèvent d'une mise en place organisationnelle (mettre en place et réunir les instances : bureaux, comités, conseils) et d'une mise en route progressive à l'échelle du pôle de ce qui se passait au niveau des services : mise en place d'une comptabilité à l'échelle du pôle, amélioration de la saisie de l'activité médicale. Cela explique le sentiment largement partagé que les pôles n'en sont qu'à leur début, que les cultures de service restent prédominantes et que les moments cruciaux pour l'avenir des pôles (ceux des décisions et des arbitrages) sont encore à venir. Certains ont néanmoins déjà eu l'opportunité d'éprouver quelques-uns de ces moments cruciaux, comme la négociation d'un contrat de pôle ou l'expérience d'une réelle déconcentration de gestion.

**Maintenant que les pôles sont en place, il faut passer à l'action et transformer les résultats de l'hôpital. Tout reste à faire car on ne peut pas dire que la nouvelle organisation soit entrée dans les pratiques. Les gens continuent encore de gérer par service. La culture de pôle n'existe pas encore ; on va être obligé de s'y mettre dans les mois qui viennent.** Pour l'instant, à côté d'un médecin responsable de pôle, on a un administratif qui a un œil sur les comptes du pôle et à qui il revient plus particulièrement de le superviser, mais cet administratif garde sa direction fonctionnelle par ailleurs. Les conseils de pôles ne sont pas encore en place non plus. Formellement, on a désigné des médecins mais aussi des soignants pour être dans les conseils des pôles, mais comme les gens ne sont pas trop impliqués, tout cela fonctionne plus ou moins bien et de manière encore très informelle. **Le plus urgent, pour nous, c'est donc de faire fonctionner les pôles en ayant les paramédicaux impliqués donc il faut organiser des élections pour qu'ils aient des représentants dans les conseils de pôles. Pour l'instant nous sommes encore dans une démarche trop verticale, cela tient au contexte de la démarche.** (Médecin, CH)

Dans les bureaux de pôle, le directeur administratif nous soumet surtout des problématiques administratives et financières : des problèmes d'effectifs, de finances. Au niveau médical, le coordonnateur médical nous fait part du dernier projet que les médecins ont en tête – c'est-à-dire un par semaine en moyenne (sourire) –. Moi, je fais remonter de mes cadres toutes les problématiques de fonctionnement ou de dysfonctionnement de services, tous les projets que nous avons en cours.

*Il y a déjà beaucoup de décisions prises ?*

Ca commence, **ça commence seulement à fonctionner. De tous les côtés, les partenaires s'appliquent à le faire fonctionner, mais avec des logiques un peu différentes. Pour le coordonnateur médical, c'est plutôt « on avance une idée, et 10 minutes après, le projet est fait » ; à nos yeux, c'est parfois un peu passer la charrue avant les bœufs. Et comme l'organisation médicale a un impact direct sur l'organisation para-médicale – qu'on soit en pôle ou qu'on ne le soit pas –, on ralentit un peu son enthousiasme.**

**Les réunions de pôle, avec l'équipe de pôle, l'ensemble des cadres et l'ensemble des médecins, ce sont essentiellement des réunions d'information.** Elles ne durent qu'une heure, montre en mains, avec un ordre du jour issu des soins par mon intermédiaire, issu du côté administratif par l'intermédiaire du directeur, issu du côté médical par l'intermédiaire du coordonnateur médical. Et c'est le médecin coordonnateur qui anime la réunion. **Ce sont effectivement des réunions d'information, c'est-à-dire qu'il ne se prend pas de décisions. Et quand on semble prendre des décisions, c'est du simulacre parce que la décision a déjà été prise en bureau.**

Le conseil de pôle – la 1<sup>ère</sup> réunion n'a pas encore eu lieu –, c'est une assemblée qui réunit l'ensemble des représentants des personnels des différents collèges. Mais au niveau des soignants, on a eu très peu de postulants pour être candidats. Il y avait moins de candidats que de postes. On a été obligé finalement par tirer au sort parmi les suppléants. **Je ne sais pas si**

**vous pourrez croiser cela avec ce que vous diront les infirmières, mais c'est vrai que pour le moment, pour eux, le pôle est encore loin. Je ne sais pas si le pôle est concrètement pour eux quelque chose de perceptible.** (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

*Vous avez déjà vu des effets de la partition en pôles ?*

Je n'ai pas connu le service avant la partition en pôles, parce que je suis arrivée il n'y a qu'un an comme cadre de santé. Mais **je ne pense pas que cela ait changé fondamentalement les choses, c'est seulement le regroupement qui est différent.**

*L'équipe infirmière, l'équipe des aides-soignants, pour eux, ça a changé quelque chose ?*

**Franchement, je ne pense pas.**

*Vous avez déjà vu des effets du fonctionnement du pôle sur les moyens ?*

**Oui, on le voit dans les réunions de cadres du pôle avec le cadre sup et l'assistante de gestion : on sait concrètement où on en est. Ce n'est pas aussi flou que cela l'était avant. Là, c'est du concret.** Par exemple, quand on nous a donné une enveloppe pour les travaux, on a eu les chiffres précis.

*Vous parlez de quoi dans ces réunions ?*

On fait le point sur l'activité de tous les jours. On peut parler des enveloppes allouées pour l'entretien, le matériel, les travaux ; on peut parler de la gestion du personnel, des logiciels en tous genres. C'est très diversifié.

*Vous voyez des médecins dans ces réunions ?*

Non, il n'y a que les cadres du pôle. Il n'y a jamais de médecins. (Cadre de santé, CHU)

**Tous les pôles passent un contrat avec la Direction Générale de l'établissement ; les moyens sont obtenus sur la base de cette contractualisation.** Les signatures apposées au bas du contrat sont celles du Directeur Général, du coordonnateur de pôle, du directeur de pôle, du doyen, du président de CME. **La logique n'est plus celle d'une relation hiérarchique entre les protagonistes mais bien plutôt d'une relation contractuelle. Cela est beaucoup plus impliquant.** Les directeurs de pôles se trouvent donc dans la situation de **négocier leur contrat de pôle avec leurs collègues de la direction fonctionnelle. Cela modifie le jeu** et les nouvelles règles du jeu sont disponibles à chacun et à tout moment ; elles ont été consignées dans un document qui centralise l'ensemble des nouvelles façons de procéder. (Directeur Général, CHU)

**Il y a des situations très intéressantes qui découlent de la négociation des contrats de pôle.** Par exemple, on peut trouver un directeur référent en train de négocier avec le coordonnateur médical le contrat du pôle auquel ils appartiennent face à la direction générale et au numéro 1 de la direction fonctionnelle dans laquelle il travaille à mi-temps. Ce type de fonctionnement ne se contente pas d'être formel. **Ce qui est écrit sur le papier trouve réellement son prolongement dans la pratique.** Ainsi, on voit lors de chaque négociation de contrat de pôle (contrat qui suppose donc des projets et des demandes d'allocation de ressources) le directeur référent discuter pied à pied, avec des arguments qu'il connaît bien pour avoir aussi à les manier le cas échéant dans sa fonction de directeur fonctionnel, avec ses collègues directeurs l'obtention de moyens. (Directeur, directeur de pôle, directeur fonctionnel, CHU)

### *Les bonnes surprises des pôles*

Ceux qui vivent le mieux les pôles, ce sont sans aucun doute les professionnels qui participent activement aux pôles, notamment les cadres supérieurs, les attachés de gestion, les directeurs administratifs et les médecins chefs de pôle, pour autant qu'ils ont souhaité ces postes. « Sentiment d'autonomie par rapport aux directions fonctionnelles », « nouvelles relations de travail entre soignants, médicaux et administratifs », « changement culturel », « efficacité nouvelle », « absence de hiérarchie dans le pôle », « souplesse dans la gestion », « complémentarités professionnelles », « fonctionnement familial », « décloisonnement des fonctionnements de service », « gestion de proximité », « intérêt de la polyvalence »



des personnels », « début d'un nouveau sentiment d'appartenance », ... sont des points de satisfaction récurrents dans leurs discours. Cela ne signifie pas qu'ils sont pleinement satisfaits de cette expérience, mais seulement que la satisfaction domine. Nous ne retenons ici que quelques extraits d'entretiens qui n'apparaissent pas dans les portraits pourtant édifiants sur ce thème.

**Les pôles permettent déjà aux gens de se rencontrer, de se découvrir, d'élargir leurs connaissances.** Par exemple, des infirmières de médecine qui, dans un pôle, sont amenées à se rendre dans un secteur de chirurgie, après avoir surmonté leur appréhension, acquièrent de nouveaux savoirs-faire. **Le fonctionnement par pôles entraîne des changements de regards.** Les médecins coordonnateurs qui côtoient les directeurs administratifs référents des pôles peuvent constater qu'il n'y a pas l'administration d'un côté et le médical de l'autre. **La connaissance réciproque que cela engendre permet de voir que les directeurs ne sont pas là pour emmerder les médecins et que ces derniers ne sont pas les mandarins d'autrefois.** Les mandarins aujourd'hui c'est fini ; celui qui joue à cela, il se ramasse. Cette découverte réciproque ne provoque pas pour autant de confusion. Le coordonnateur médical ne devient pas un gestionnaire pour autant. La gestion ce n'est pas son métier ; il reste médecin. Il la laisse au directeur, aux administratifs. Il n'a pas à se mêler, au sandwich près, de la gestion. Il est par contre impliqué sur les orientations stratégiques principales du pôle. Il ne faut pas oublier que ce sont les patients qui font exister l'hôpital et que les patients ne viennent pas pour voir le directeur mais pour voir le médecin. C'est donc de lui que dépend l'activité. C'est lui qui, en outre sait aussi ce que sont les développements de la connaissance et des techniques sur telle ou telle pathologie. Il est donc impératif qu'il soit associé aux grandes décisions stratégiques de l'hôpital. Il prend en compte la gestion sans se transformer en gestionnaire. (Médecin, CHU)

**On a la chance d'être une petite structure, un petit pôle, avec un directeur de pôle, un attaché de gestion. On peut manger ensemble à midi, on a des rapports beaucoup plus étroits qu'avant. C'est assez intéressant. Avant, j'avais l'impression qu'il y avait l'administration et les médicaux et que l'on se tirait dessus. J'ai l'impression que ça bouge un petit peu.** (Médecin, CHU)

**Ce qui marche bien pour le moment dans l'équipe de pôle, c'est qu'il n'y a pas de rapport hiérarchique, on est vraiment dans le fonctionnel.** Je sais très bien que j'ai un supérieur, mais on est vraiment dans le fonctionnel : toutes les directions à prendre sont déterminées ensemble, ce n'est pas fait en parallèle. D'ailleurs, on se rencontre au minimum une fois par semaine pour faire le point sur ce que l'on a fait, ce que l'on a à faire, ce qu'il se passe, ce qui va, ce qui ne va pas. C'est vraiment un travail en commun, de la collaboration. C'est pour cela que j'ai insisté sur la hiérarchie tout à l'heure, parce que je pense que si on était sur un mode hiérarchique, je ne suis pas sûr que cela fonctionnerait bien. (Cadre Supérieur de Santé, CH)

**Un point positif des pôles d'activité, c'est qu'ils ont permis de décroisonner un peu les services, en permettant une meilleure connaissance du travail des autres. Jusque-là, par exemple, les médecins connaissaient la discipline médicale mais n'avaient pas forcément connaissance de la façon dont fonctionnaient les autres, les problèmes rencontrés. Chacun avait plutôt tendance à cacher les problèmes qu'il rencontrait pour ne pas paraître plus faible par rapport aux autres.** (Cadre Supérieur de Santé, CH)

*Les services sont regroupés dans le même bâtiment, mais est-ce qu'il y a des échanges ?*

**Oui, parce qu'il y a des pool d'infirmières qui vont d'un service à un autre. Et puis, dans les périodes de fermeture, nous, les médecins, on passe aussi d'un service à un autre. Donc on a appris à travailler ensemble et peut-être, à plus apprécier les compétences des uns et des autres.** C'est-à-dire qu'il y a des médecins qui se sont sur-spécialisés dans un domaine : on leur confie des patients plus facilement, on travaille plus facilement, on dialogue

plus facilement, et on progresse parce qu'on récolte plus de patients dans notre domaine de prédilection.

*Avant la mise en pôles, c'était comment ?*

**C'était plus la concurrence : pas une concurrence forte, mais une concurrence. Aujourd'hui, c'est plus la complémentarité. C'est plus une mutualisation des compétences, et à mon avis, dans l'intérêt de la structure et du patient. Donc, c'est plutôt pas mal, finalement.** (Médecin, CHU)

*Est-ce qu'on peut parler d'un sentiment d'appartenance au pôle ?*

**Quand on est devant des instances, oui : on fait bloc. Mais c'est vrai que sinon, quand on arrive le matin, individuellement, on va chacun dans son service. D'un autre côté, il y a quand même de plus en plus de lieux de rencontre du pôle : il y a la consultation qui est mutualisée entre certains services, et c'est pareil pour l'unité de soins intensifs. Ce sont des lieux de discussion. Et puis il y a les moments de formation continue. Là aussi, c'est un lieu de discussion. Le sentiment d'appartenance commence à se former.** (Médecin, CHU)

### *Les frustrations des plus satisfaits*

Les plus satisfaits (et/ou les plus demandeurs) de la réforme émettent parfois des frustrations, regrettant notamment que la déconcentration ne soit pas assez avancée. Ceux qui ont goûté à une déconcentration réelle de gestion n'aiment pas, en tous cas, que la Direction Générale ou les directions centrales reviennent en arrière...

On a un budget théoriquement autonome. Au début, on nous a dit « Le pôle, c'est une PME à l'intérieur de laquelle on est libre de gérer les fonds. C'était très séduisant ; cela incluait le budget du personnel. **Mais, au cours de l'expérimentation, un certain nombre de compétences ont été retirées du pôle.** Aujourd'hui, on ne contrôle plus vraiment les charges de personnels, ni celles de l'équipement qui sont gérées par la direction générale. On garde l'autonomie sur du petit matériel et on a aussi dans un budget pour l'innovation ce que nous n'avions pas autrefois et nous étions obligés de prélever sur d'autres budgets, en douce, nos dépenses relatives aux essais de nouvelles techniques. On gère également des enveloppes spécifiques comme la formation. Mais au début, on nous avait parlé de décentralisation totale. Maintenant, ce qui nous était délégué nous a été retiré pour moitié. Si on fait le bilan, l'autonomie de budget s'est réduite comme une peau de chagrin. Au départ, tout était dans le contrat de pôle passé avec la direction générale. **Les règles du jeu ont été changées en cours de route. Je ne sais pas dans quelle mesure les gens sont de bonne foi. On se dit « Est-ce que l'on nous a un peu appâté ? ».** Cela étant, il ne faut pas exagérer. On a encore, dans beaucoup de domaines une force de proposition importante permettant d'engager des actions. On n'a pas l'aval à tous les coups mais quelques fois quand même. (Médecin, chef de pôle, CHU)

Au point où nous en sommes de la réforme, on observe que certains coordonnateurs connaissent du découragement car malgré tout ce qu'ils font, les choses n'évoluent pas. Il y a des services isolés qui continuent de défendre leur pré carré. On ne parvient pas forcément à les aider ces coordonnateurs de pôles médicaux. **Le point sur lequel nous avons du retard et qui pourrait réellement faire décoller la nouvelle organisation en légitimant totalement les chefs de pôles, c'est l'existence réelle de budgets négociés par les pôles.** Nous n'arrivons pas encore à faire admettre cette dimension pleinement ; enfin il y a des problèmes techniques à régler. **Lorsque chaque pôle aura les moyens qu'il mérite pour fonctionner dans le cadre d'une contractualisation, on aura gagné et atteint une nouvelle dynamique.** (Directeur, CHU)

On nous a dit que la gestion serait au plus près du terrain, une gestion de proximité. On s'aperçoit aujourd'hui que l'organisation du CHU est tellement complexe, avec des décisions

qui partent quand même du niveau central sur le volet travaux, équipements, et tout ça, avec des enveloppes financières restreintes aussi, que les attentes sont déçues. On pensait que quand on aurait besoin d'un truc, ça irait plus vite, pour faire les travaux, pour acheter du matériel. **On constate que cela ne va pas plus vite. Il y a toujours des passages de contrôle au niveau central.** Les pôles ont leur budget et ils sont supposés le gérer comme ils l'entendent mais, sur bien des cas, c'est toujours galère parce qu'il faut que tout soit validé en central. Cela commence à évoluer un peu car cette année c'est mieux que l'an dernier mais **c'est encore lourd au niveau des directions fonctionnelles centrales, on a encore des censeurs là-bas. Enfin c'est vrai que les directions fonctionnelles sont garantes aussi du respect des procédures donc rien ne pourra être totalement décentralisé. On est au mieux dans de la déconcentration.** En plus cette réorganisation, c'est tout neuf. Il y a des gens qui autrefois avaient le pouvoir de dire « eh ben moi j'achète ça ou au contraire, je ne l'achète pas », aujourd'hui cela devient plus compliqué. Si le pôle a les crédits et bien il faut qu'ils se plient au choix du pôle et ce n'est pas facile. **C'est un changement culturel important.** (Assistant de gestion, CHU)

Notons bien, pour être complets dans l'évocation des expériences de pôles, que si certains professionnels et groupes professionnels sont désormais fortement intéressés, tout au moins concernés, par le développement des pôles, la grande majorité des personnels reste encore à l'écart de cette nouvelle forme organisationnelle (cf. 3.5. Le décalage / éloignement des soignants).

## ***2.2. Le conseil exécutif***

A l'instar des pôles, le conseil exécutif est une nouvelle instance généralement très appréciée de ceux qui y participent, un peu plus critiquée par ceux qui n'y participent pas et qui essaient d'imaginer ce qu'il s'y passe, mais globalement largement méconnue au sein de l'hôpital.

### ***Sa composition***

La composition du conseil exécutif dépend des établissements expérimentateurs, même si ceux-ci essayaient de respecter ce qu'ils pensaient être les lignes directrices du projet (notamment la parité médecins / directeurs, l'exclusion des organisations syndicales). On note notamment des différences sur le mode de choix des médecins (choix par le couple DG-Président de CME ou élection au sein de la CME) et sur le choix par le Directeur Général de placer ou non le Directeur de Soins dans le CE.

**Nous avons également mis en place ce que les textes nomment le Conseil Exécutif. Cette instance a pour nous une fonction d'abord stratégique. C'est elle qui discute des principales orientations de l'hôpital, de ses grands projets. Le directeur général conserve évidemment voix prépondérante dans ce groupe et l'instance exécutive de l'hôpital reste partagée entre le Directeur Général et le Conseil d'Administration. Ce Conseil est composé de toutes les grandes entités d'un CHU : la part administrative, la part médicale et celle liée à l'enseignement et à la recherche via les doyens de Faculté.** (Directeur, CHU)

**Le Conseil exécutif rassemble des médecins et des directeurs. Les médecins, en dehors du président de CME, ont été élus.** Il y a eu plus de candidats que de postes à pourvoir. Cela était intéressant de voir différents candidats avec des motivations très diverses. Les uns se sentant obligés d'y aller, les autres voulant être élus pour s'opposer à ce qui se ferait, d'autres encore ayant envie de participer à la réorganisation. Il y a eu une campagne électorale. **Des questions se posaient chez les médecins ; « Faut-il boycotter ce truc ou pas ? ». Certains se présentaient pour contrer d'autres. Il y avait les anti-réformes, ceux qui voulaient y aller pour voir, ceux qui soutenaient l'idée de Nouvelle Gouvernance.** Ce sont des individualités qui, par leur personnalité, représentaient des positions collectives. Un « anti »

réforme a été élu, un autre qui venait principalement pour voir. Les autres étaient favorables à la réorganisation. (Médecin, CH)

Pour le conseil exécutif, nous avons un effectif d'une quinzaine de personnes composé à parité de médecins et de directeurs sachant que le président de la CME, le doyen en sont membres de droit. **Ce qui importe, c'est que ce Conseil Exécutif fonctionne comme une instance d'échange.** Nous favorisons cela. Les restrictions qu'introduit l'ordonnance du 2 mai rendant, par exemple, incompatible l'appartenance au Conseil Exécutif du vice-président de la CME peuvent introduire des blocages ou des freins qui ne nous paraissent pas forcément une bonne chose. Il faut voir à chaque fois les caractéristiques de la situation locale. (Directeur Général, CHU)

*Est-ce qu'on peut penser que le conseil exécutif sera un outil pour le directeur pour faire bouger les choses ?*

**Ca devrait, mais bon, les gens qui sont au conseil exécutif, ce n'est pas forcément des gens qui ont envie d'aller de l'avant. J'en dirai pas plus. Il y en a, oui, mais pas tous.**

*Ceux qui sont au conseil exécutif, ils ont des profils un peu particuliers ?*

Oui, oui : des anciens, des anciens qui ont été élus par la CME.

*Dans le conseil exécutif, on n'a donc pas que des convaincus ?*

**Non, on a des réticents aux pôles. Il y en a qui sont allés dans le conseil exécutif juste pour voir ce qui se passait. Ils sont là pour voir, c'est tout :** d'ailleurs, ils l'ont dit, il y en a même qui l'ont écrit : « on est là pour voir ce qui va se passer ». Et je pense qu'ils ont été élus pour ça. On a entendu des médecins qui ne voulaient surtout pas que X soit élu au conseil exécutif parce qu'ils craignaient d'être secoués comme des pruniers. (Cadre Supérieur de Santé, CH)

## *Son image, son rôle*

Ceux qui participent au conseil exécutif se disent généralement ravis de son fonctionnement, notamment de la nouvelle relation qui s'y installe entre les médecins et les administratifs. La comparaison et la concurrence avec la CME sont très souvent évoquées par les médecins, s'interrogeant sur le rôle réel du CE : instance de proposition ou de décision ?

**Le conseil exécutif, c'est fabuleux. Pour la première fois, on a des médecins et des directeurs qui discutent ensemble de tous les problèmes de l'hôpital. Cela apprend aux directeurs à mieux appréhender les questions médicales et aux médecins de mieux comprendre les aspects gestionnaires.** Je vous donne un exemple, lors d'un préavis de grève lancé par les soignants de l'établissement, certains médecins étaient sur le point de prendre des initiatives permettant d'anticiper sur les absences de grévistes qui, au final, auraient pu être, juridiquement, considérées comme une entrave au droit de grève. Ce Conseil Exécutif permet vraiment à chacun de ses membres d'apprendre beaucoup. (Médecin, CHU)

**Le fonctionnement du Conseil Exécutif nous a permis de nous découvrir entre médecins et directeurs. On ne se connaissait pas vraiment. Dans les réunions de travail, les gens donnent le sentiment d'exprimer leurs points de vue personnels et pas des positions formatées de groupes ou d'organisations.** (Médecin, CH)

La Nouvelle Gouvernance, c'est aussi le Conseil Exécutif. J'en suis membre et **je trouve cette instance très intéressante car elle rassemble un petit nombre de gens et l'on peut vraiment y discuter et y échanger. J'y apprend beaucoup de choses sur le fonctionnement de l'hôpital. Par rapport à la CME, c'est plus efficace ;** on travaille mieux à 15 personnes qu'avec une grande assemblée souvent amorphe. Les gens n'ont pas peur de donner leur opinion en Conseil Exécutif ; cela dit, les médecins s'y expriment plus librement

que les administratifs, me semble-t-il, qui écoutent plutôt le Directeur Général. Nous, médecins, avons des avis plus divers.

Ce qui se passe au Conseil Exécutif n'est pas diffusé au sein de l'établissement. Les médecins qui n'y sont pas continuent de penser que tout devrait se faire au niveau de la CME. (Médecin, chef de pôle, CHU)

Le travail de pilotage de la cohérence d'ensemble appartient à un collectif au sein du CHU. Le Directeur Général évidemment, le président de la CME, mais plus globalement, c'est le Conseil Exécutif qui doit garantir l'unité de l'organisation mise en place. **Il faut noter que les coordonnateurs médicaux de pôles qui sont présents au Conseil Exécutif ont une fonction de transversalité (au moins dans la transmission de l'information) ;** c'est-à-dire qu'ils assurent forcément un rôle que n'ont pas les coordonnateurs médicaux qui ne sont pas au Conseil Exécutif. (Directeur, CHU)

**La question forte qui est posée à cette instance qu'est le Conseil Exécutif est celle de ses rapports avec la CME. Il ne faut pas que le Conseil Exécutif se substitue à la CME ou soit contré par elle.** Du coup, le CE fait des propositions, prépare les discussions et la CME tranche. Il y a donc tout un travail pendant les réunions du CE et tout un travail avant les rencontres de la CME pour préparer le terrain. On ne peut pas soumettre des propositions qui seraient rejetées par la CME, donc cela se prépare. **Il faut débattre et discuter beaucoup. Il faut aussi gouverner mais sans aller à l'encontre d'une CME qui va nous envoyer bouler et nous faire perdre notre crédibilité.** Il faut que le conseil exécutif apporte des propositions qui soient validées par la CME. Enfin, c'est toute la subtilité de la chose. (Médecin, CH)

### *Une instance méconnue ou critiquée*

Hormis par ceux qui y participent, le Conseil Exécutif est très largement méconnu par les différents personnels de l'hôpital. Il est aussi très critiqué : par les médecins au nom de la souveraineté de la CME et par les représentants syndicaux regrettant l'éviction des syndicats et l'éviction de la filière soignante de ce conseil.

**Nous n'avons pas beaucoup de retours sur le fonctionnement du Conseil Exécutif ; on ne sait pas trop ce qui s'y fait. Je sais seulement que les médecins veillent à ce que la logique médicale ne soit pas oubliée dans cette instance.** (Médecin, CH)

- *Votre responsable de pôle fait partie du conseil exécutif ?*

Oui je crois..., je crois qu'il fait partie de la CME... **le conseil exécutif, c'est la CME ?**

- *Non, ce sont deux instances différentes.*

Ah ! Alors non **je ne sais rien de ce conseil exécutif. Je n'en ai pas entendu parler.** (Secrétaire médicale, CH)

Il y a quand même quelques interrogations au sujet du conseil exécutif. Tout d'abord, ce qui se passe au Conseil Exécutif est assez peu, voire pas, diffusé au reste de l'établissement et notamment aux médecins. Évidemment, les débats, pour être libres doivent rester confidentiels, mais nous aurons peut-être à mieux faire connaître le travail de cette instance. Ensuite, **ma crainte c'est que le Conseil Exécutif ne finisse par se substituer totalement à la CME qui ne deviendrait plus qu'une assemblée secondaire. Si cela devenait le cas cela voudrait dire que l'hôpital n'est plus dirigé que par une demi-douzaine de directeurs et autant de médecins. Ce serait dommage.** (Médecin, CHU)

*Quelle est votre position à l'égard du conseil exécutif ?*

**Au niveau des syndicats, au niveau national, on a regretté qu'il n'y ait pas de représentant syndical au conseil exécutif.** L'hôpital, c'est quand même plein de personnels. Et que les syndicats aient été exclus du fonctionnement de l'hôpital, c'est pas normal. Ceci

dit, cela n'a pas fait grand bruit : les syndicats n'ont pas beaucoup bougé, je pense qu'ils attendent de voir comment cela va se passer. D'un autre côté, comme on n'est pas associé à toutes les décisions, on a plus les moyens de rouspéter dans les instances : je pense que c'est pour cela que les syndicats n'ont pas réagi.

*Vous avez déjà vu des changements, des prises de décision, depuis qu'il y a le conseil exécutif ?*

**Rien, on ne sait pas ce qu'ils font. On n'a même pas le compte-rendu de ce qu'il s'y passe. On n'a aucune info. on ne sait rien.** Moi, je le sais parce que j'ai des médecins, avec qui je m'entends bien, qui me racontent ce qu'il se passe, mais officiellement, on ne sait pas du tout ce qu'il se passe au conseil exécutif.

*Même au niveau des décisions prises ?*

On ne sait pas. **C'est d'ailleurs une question que je poserai au Conseil d'Administration : j'aimerais bien savoir ce qu'il se passe au conseil exécutif.** Je le sais seulement un peu, je vous l'ai dit, parce que je connais des gens qui y sont. Cela étant dit, a priori, il ne s'y passe pas énormément de choses, il n'y a pas d'énormes décisions prises pour l'instant. Mais officiellement, on ne sait rien. C'est extrêmement dommage, parce qu'on devrait quand même avoir des infos, mais on n'a rien. (Représentant syndical FO)

**Le vrai problème du conseil exécutif, ce n'est pas qu'il n'y ait pas les syndicats.** Je les comprends à vrai dire de ne pas avoir voulu mettre les syndicats dans le conseil exécutif, parce que, bon, on le voit bien, pour eux, les syndicats, quand ils sont puissants, ça met des bâtons dans les roues, ça empêche d'avancer, c'est des empêcheurs de tourner en rond, donc si les syndicats n'y sont pas, ils sont plus tranquilles. Mais **le vrai problème, c'est qu'il n'y ait pas de soignants** : puisque les médecins sont représentés, je trouve que les personnels soignants auraient pu être représentés par un cadre sup. Cela aurait été plus logique. Mais enfin... on sait ce que le Ministère pense des soignants !

*Que pense-t-il justement ?*

**Il pense que les soignants, c'est le troupeau et que le troupeau doit suivre. Les médecins, eux, sont tout puissants, et ils le seront encore plus. Parce qu'il ne faut pas se leurrer, les médecins sont tout puissants** : je vois, ici, un médecin qui dit « je ne veux pas faire ça », le directeur n'a aucun moyen de lui faire faire autre chose. **Tant que les médecins seront tout puissants, c'est sûr, à mon avis, que les hôpitaux auront des difficultés à fonctionner.** (Cadre Supérieur de Santé, CH)

### 3. Les principales résistances et réticences

**On a mis ensemble des gens qui se haïssaient, des patrons qui s'insultaient au bout de 5 minutes dans les réunions, des cadres qui se détestaient parce qu'ils épousaient la cause des patrons, des personnels qui suivaient leurs cadres. Les patrons nous ont dit « Vous voulez nous faire battre ? ». On leur a répondu « Oui, mais vous battre avec des arguments ! ». Il fallait sortir de la logique du consensus ou plutôt du non dialogue. Autant vous dire que ça a été dur, dur. Ca a été difficile sur le plan humain : ils avaient l'impression qu'on leur déboulonnait l'hôpital sous les pieds. Chacun était accroché à son bébé. On touchait à leurs pouvoirs, à leurs zones de contrôle. Bref, on ne réaménage pas les circuits de décision aussi facilement que cela.** (Chargé de mission, CHU)

S'il y a de nombreux points de satisfaction quant à l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance, il y a aussi de nombreuses résistances et réticences exprimées à son égard. Il faut noter qu'il n'y a d'ailleurs guère d'acteurs qui se soient montrés totalement enthousiastes face à cette réforme, tout comme il n'y en a guère qui se soient montrés totalement résistants. Les avis s'expriment plutôt tout en nuances, avec des équilibres propres à chacun, comme cela se voit très bien dans les portraits.

Néanmoins, on peut s'essayer à une rapide cartographie, par groupes professionnels, des arguments des acteurs les plus résistants, à savoir les médecins, les membres des directions fonctionnelles, les directions de soins, les syndicats.

Nb : comme nous l'avons déjà écrit, nous ne reprenons ici que des extraits d'entretiens non cités dans la partie des portraits : nous invitons nos lecteurs à compléter la lecture de chaque sous-partie par la lecture des entretiens correspondant au même groupe professionnel.

### ***3.1. Les résistances des médecins***

Parmi les principaux reproches adressés par les médecins à la Nouvelle Gouvernance, on compte l'accumulation et la simultanéité des réformes hospitalières, l'impossibilité de dégager du temps dans leur planning jugé surchargé, la concurrence des nouvelles instances avec la CME, le dédoublement des systèmes de décision (double commande, mille-feuilles), le manque de délégation des directions centrales, la volonté de ne pas dépendre des nouveaux chefs de pôle, ...

Lorsque nous avons expérimenté la réforme, le débat entre médecins a été assez vif. Tous n'étaient pas d'accord avec l'organisation par pôles. Ils ne prenaient pas au sérieux cette réorganisation ; **les pôles, ils appelaient cela le « popol »** ! C'étaient des questions de territoires qui se posaient ; les gens voulaient conserver leur discipline dans un espace autonome de tout autre.

(...) Au bout de trois ans maintenant, même si on a évolué, **il n'y a toujours pas une culture de pôle**. La plupart des gens raisonnent encore dans une culture de service. Ils sont organisés sur la base de disciplines. Une discipline éclatée en plusieurs services, ce n'est pas bon selon moi car les étudiants préparent les mêmes examens, doivent avoir la même formation. Il faut donc conserver la trace du service. (Médecin, chef de pôle, CHU)

**Il est certain qu'il y a encore un groupe anti-pôle parmi les médecins.** Certains d'entre eux ont un raisonnement logique, très logique. D'autres, c'est totalement passionnel. Pour les premiers, **on ne peut pas mélanger des cultures trop différentes**. À cela, on ne peut que répondre que les cultures sont différentes aujourd'hui mais que cela évoluera forcément. La seule manière que j'ai eu d'aplanir les difficultés pour passer d'une culture de service à une culture de pôle, c'est justement de maintenir des services et des spécialités. Pour évoluer, il faudra que les problèmes des uns deviennent aussi les problèmes des autres et que l'on accède à une connaissance réciproque des uns et des autres. Lorsque j'ai été élu à la tête du pôle, un collègue était aussi candidat et défendait un programme dont l'idée reposait sur le fait qu'il fallait redonner le pouvoir aux médecins à l'hôpital. Pour ma part je défends plutôt l'idée que les problèmes de santé sont à la fois de l'ordre de la médecine, de la biologie, de la technique, de la gestion... **On ne gagne pas à étanchéiser les disciplines.** (Médecin, chef de pôle, CHU)

On pourrait penser que la création d'un pôle suscite de la résistance principalement auprès des para-médicaux qui peuvent craindre, si l'on en croit les syndicats, l'instauration, au travers de la mise en commun des moyens, d'une polyvalence les conduisant d'un service à l'autre et donc à connaître une sorte de surexploitation. **En fait, ce sont moins les para-médicaux que les médecins qui résistent lorsque l'on crée des pôles.** Si on ne les informe pas, si on ne leur explique pas et qu'on ne les associe pas à la mise en place des pôles, ils ne s'y reconnaissent pas et continuent de considérer que la seule entité pertinente, c'est leur service en se foutant complètement de ce qui peut se passer dans le pôle. **Si un pôle ne fonctionne qu'avec l'implication des seuls responsables (le coordonnateur médical, le directeur...) alors c'est l'échec assuré.** Cela dit, ce n'est pas facile d'être à l'écoute des autres. Un médecin n'a pas nécessairement appris cela. Du coup lorsque l'on organise un établissement sous la forme de pôles, il faut prévoir une formation de tous ceux qui vont assurer le pilotage des pôles. (Médecin, CHU)

Quand j'ai accepté de m'engager dans l'expérience de cette organisation en pôles, je n'étais pas totalement acquis et j'avais une certaine méfiance. Je ne voulais pas par contre pratiquer la politique de la chaise vide. Si l'on veut influencer la démarche de l'établissement, il faut y aller. Certains de mes collègues étaient pour le boycott ; je me suis engagé pour voir. Avec l'usage, malgré quelques réserves, j'ai changé d'avis et je pense que cette réforme peut être une occasion de réorganiser de telle manière à progresser. Pour ma part, j'ai appris tant dans le domaine du fonctionnement de l'hôpital que dans ma propre discipline. (Médecin, chef de pôle, CHU)

On constate aussi que cette nouvelle organisation peut entraîner, par effets de ricochets entre les différentes instances une perte de temps et une certaine indécision. En théorie, d'après ce que j'ai compris, le conseil exécutif peut passer outre l'avis de la CME sur une décision mais dans tous les cas il faut l'aval du CA. **En pratique, les propositions passent du Conseil Exécutif à la CME et vont jusqu'aux conseils de pôles, tout le monde se renvoie la balle et personne ne tranche.** Dans notre unité, le chef de service ressent vraiment la nouvelle organisation comme une perte de poids par rapport au directeur alors qu'il était plutôt partant au départ. **Actuellement ce montage me semble un peu bâtarde. On garde les chefs de service et l'on ajoute un échelon.** De toute façon, supprimer les chefs de service localement cela aurait été inacceptable. En outre, un chef de service fait du travail administratif, a une responsabilité juridique, ce serait vraiment difficile de supprimer tout cela car qui prendrait en charge ce travail et ces responsabilités ? (Médecin, CH)

Maintenant que le pôle est en place, on voit aussi apparaître la question du comportement du chef de pôle. Celui-ci ne connaît pas notre spécialité ; lorsqu'on lui demande un recrutement ou bien la transformation d'un poste de vacataire en poste fixe, il n'en voit pas forcément l'importance et préférera donner la priorité à une autre orientation pour un autre service. Certaines unités peuvent ainsi se trouver favorisées par rapport à d'autres. On pourrait considérer que le chef de pôle est plus objectif que les gens des services mais dans la façon dont la priorité de recrutement se dessine cela me semble discutable. **On redoute beaucoup qu'il y ait des différences de traitement accordées aux services dans le pôle même si notre chef de pôle est quelqu'un de plutôt consensuel et qu'il a été élu sans difficulté.** (Médecin, CH)

Le principal point d'opposition des médecins à la réforme – et il faisait, cette fois, l'unanimité –, était lié à la crainte d'une éventuelle suppression des chefferies de services et des services, un temps envisagée par les premiers textes. Mais l'ordonnance du 2 mai a ici permis d'éteindre toute crainte, à la grande satisfaction des médecins rencontrés après cette date.

**Si je suis un fervent et enthousiaste partisan de l'organisation par pôles, je ne suis pas, par contre, pour la suppression des chefferies de service. Le service, c'est à la fois une base pour l'enseignement universitaire, c'est là que sont placés les assistants, qu'ils apprennent leur travail aux côtés de spécialistes d'une discipline.** En outre, les services demeurent une base pour la gestion des pathologies. Quand on a besoin d'un avis, ce n'est pas le responsable de pôle qui pourra le donner ; il ne peut pas être compétent sur toutes les disciplines que rassemble le pôle qu'il gère médicalement. **C'est le chef de service qui a la compétence la plus pointue. On ne peut donc pas se passer des chefs de service tant pour le traitement spécialisé des pathologies que pour l'enseignement universitaire.** Là, nous avons une crainte réelle au moment du lancement de l'expérimentation et nous sommes montés au créneau pour que les services ne soient pas supprimés, même chose au plan national au moment de la préparation des textes. (Médecin, CHU)

*Est-ce que la disparition des chefferies de service, ça vous paraît possible, souhaitable ?*



**A mon avis, ça serait un gros bazar, parce qu'au sein des pôles, on est très différent quand même.** Je vois mal par exemple comment un coordinateur de pôle qui serait chirurgien pourrait savoir véritablement les besoins d'une équipe de médecine. Les médecins et les chirurgiens n'ont pas la même façon de voir les priorités. **Donc moi, personnellement, je pense que cela serait une ânerie. Et puis, je ne veux pas être militaire dans l'âme, mais il faut, quelque part, quelqu'un qui donne le mouvement dans le service, qui guide un petit peu, sinon chacun fait son truc dans son coin, il n'y a pas d'unité.** A mon avis, le chef de service, c'est bien, parce que cela représente l'unité du groupe, il tire un peu les rênes, il évite que tout le monde soit en vacances en même temps. (Médecin, CHU)

*Les chefs de service ont disparu ?*

**Et non. Et non ! Dans le projet Mattéi, c'était envisagé, mais ça a sauté parce que les médecins sont montés au créneau au Ministère. Mais ce qu'il faut dire, c'est que la coquille d'une chefferie de service a un peu rétréci : un chef de service reste pertinent sur le plan de l'organisation médicale et de l'enseignement, mais plus sur le plan de la gestion. Maintenant, il faut que le Directeur Général apprenne à ne plus recevoir les chefs de service – qui sont des grandes personnalités – sans le coordonnateur médical de pôle.** (Chargé de mission, CHU)

Notons enfin que certains médecins récusent ou nuancent l'accusation de résistances qu'ils savent leur être souvent portée.

**Dire que les changements à l'hôpital sont freinés par les médecins, comme on l'entend parfois, c'est un peu dur. Nous, on a l'impression inverse. Quand on veut faire des choses, engager un projet qui a un lien avec le soin, on a l'impression que c'est freiné par l'administration.** Quand on veut développer telle ou telle activité innovante, souvent la direction ne suit pas. La rigidité et la difficulté à changer c'est vrai au niveau des médecins, mais elle est aussi au niveau des structures administratives. Moi, l'impression que j'ai, c'est qu'il n'y a pas d'argent. Donc on ne s'en sort pas. Moins on a d'activités, moins on a de financements, c'est très déflationniste cette logique et on ne s'en sort pas. (Médecin, CH)

*Comment les chefs de service ont-ils vécu la mise en pôles ?*

Il faudrait leur demander (rires). **Déjà, on peut dire qu'ils gardent en général une assurance qui fait qu'ils prennent souvent la parole en bureau de pôle et qu'ils savent très bien s'affirmer (sourire). Bon, maintenant, peut-être qu'ils sont un peu plus discutés et contestés qu'avant. Mais ça dépend des générations : peut-être que les plus anciens n'y trouvent pas pleinement leur compte et que les plus jeunes y trouvent mieux leur compte, parce que le pôle va les libérer de la grosse charge administrative qui pesait jusqu'à présent sur leurs épaules à titre gracieux. Avant, les chefs de service supportaient tout le poids des relations avec l'administration. Maintenant, dans la mesure où il y a un coordonnateur de pôle, ils ont moins de responsabilités. C'est chronophage quand même, la gestion d'un service. Donc, maintenant, avec le pôle, c'est plus facile de répartir.** (Médecin, CHU)

### **3.2. Les résistances des directions fonctionnelles**

Le corps des directeurs à son tour exprime des résistances vis-à-vis de la réforme, exception faite des directeurs généraux qui s'en montrent, au moins dans les quatre établissements visités, très fervents. Les plus résistants – en tous cas, ceux qui sont désignés comme les plus résistants –, ce sont les directeurs restés dans les directions fonctionnelles (centrales) et accusés de ne pas vouloir perdre leurs prérogatives au profit des pôles, de s'agripper à leurs anciennes tâches et de ne pas accepter réellement le principe d'une déconcentration-décentralisation des tâches et notamment de la gestion. De la même façon, les directeurs, affectés au moins partiellement à la direction d'un pôle, ne se montrent pas toujours très satisfaits de leur nouvelle situation ; c'est notamment le cas des ex-directeurs de sites dans le cadre des CHU pluri-localisés.

Une des résistances fortes que l'on a rencontrées, c'est celle des directeurs. Le projet a complètement changé leur corps et ils sont massivement rentrés en résistance. Ils disaient « Si on n'est plus dans les directions fonctionnelles, les médecins vont être perdus », mais ce n'est pas vrai. En les mettant sur les pôles, on a finalement restreint leur champ d'intervention et ils sont aujourd'hui beaucoup plus disponibles pour les médecins. Mais ça ne s'est pas fait sans heurts : il y en a qu'on a sortis au tire-bouchon de leurs bureaux, ils ne voulaient pas les lâcher. Ca a été lourd et difficile. A titre symbolique par exemple, on a supprimé la secrétaire du directeur, on a enlevé les attributs symboliques. Vous comprenez bien alors que ça grince un peu. Mais les plus jeunes directeurs se régalaient, ils sont aux anges, ils disent « On est dans notre cœur de métier ». Pour les autres, c'est plus difficile. Dans les pôles, ils sont sous les spots, ils sont en pleine lumière : il y a des problèmes de compétences à retrouver, de responsabilités. Ca décape, ils ne peuvent plus se cacher. (Chargé de mission, CHU)

Les plus résistants, ce ne sont pas les médecins : on a plutôt des médecins qui vont trop vite, qui voudraient participer aux décisions avant qu'elles ne soient prises, qui demandent à être formés à la T2A, qui sont demandeurs d'une plus forte déconcentration de gestion. **Là où ça freine et ça résiste, c'est plutôt du côté des directions centrales. Pour les corps de direction, la Nouvelle Gouvernance est une perte de repères, une perte de contenu professionnel. Enfin, c'est aussi une histoire de générations. Les plus vieux directeurs ne pigent pas l'enjeu, ils s'accrochent à l'ancien modèle, ils ne diffusent pas l'info. Pour les plus jeunes, c'est un nouveau cœur de métier qui s'annonce.** (Chargé de mission, CHU)

**Les positions des directeurs se complexifient.** Les uns ont des directions fonctionnelles en même temps qu'ils sont directeurs délégués de pôles, d'autres coordonnent plusieurs pôles sans en être nécessairement le directeur de l'un d'entre eux ... **ce n'est pas simple. Ce qui reste clair, c'est que d'un point de vue hiérarchique, les directeurs sont tous à la même enseigne, c'est-à-dire sous la responsabilité du Directeur Général.** (Directeur, CHU)

**Je crois qu'aujourd'hui, et c'est le reproche que je ferai un petit peu aux services qui sont au niveau central, aux directions fonctionnelles, la tendance à oublier le malade est forte. Ils ne savent pas comment ça fonctionne un service.** Certains, ça ne les intéresse pas et c'est dommage. Un responsable des finances ne met jamais les pieds dans un service. Je pense, c'est certainement utopique, qu'il faudrait que les gens des services centraux viennent voir ce qui se passe dans les unités. Il faut échanger avec les gens, voir ce qui se passe sur le terrain auprès des malades. Je crois que c'est essentiel. Non, eux, ils ont leurs trucs, leur enveloppe et puis c'est tout. Ils suivent leurs tableaux informatiques et ne voient rien d'autre. Sans doute se protègent-ils du terrain car, s'ils y allaient, ils craqueraient et auraient plus de mal à tenir les cordons de la bourse. Mais cette stratégie peut aussi s'assimiler à un manque de courage. (Assistant de gestion, CHU)

Ici, tous les directeurs de pôles ont maintenant deux pôles en charge. C'est vraiment une révolution, cette organisation. **Là où les directeurs de directions fonctionnelles n'avaient jusque-là pas vraiment de contacts avec les établissements, ne se représentant pas toujours très bien ce que sont les questions de fonctionnement médical des services, ils sont désormais en prise directe sur la réalité médicale.** Ils sont au contact permanent des médecins et notamment du coordonnateur de pôle. Du coup, les directeurs, qui étaient au siège avant cette réorganisation, se retrouvent un peu comme leurs collègues qui eux étaient directeurs de sites auparavant : ils ont une connaissance plus directe du terrain. **Cette réforme a souvent été bien prise, mais certains de nos collègues l'ont parfois vécue assez mal. Si les directeurs passés du siège au pilotage de pôle trouvent leur positionnement, c'est quand même plus difficile pour ceux qui étaient dans la fonction de directeur de site. L'une des originalités de notre projet, c'est en effet que nous avons fait disparaître les**

**directeurs d'établissements, les directeurs de sites si vous préférez. Ils sont devenus directeurs de pôle se retrouvant donc, de fait, à couvrir un champ géographique pouvant aller au-delà d'un seul site.** (Directeur, CHU)

Dans tous les cas, cette nouvelle organisation exige que l'on respecte les compétences des uns et des autres pour éviter les malaises de positionnement. Il faut faire très attention car, comme la configuration est nouvelle, on peut avoir vite fait d'oublier un interlocuteur et là, si on froisse une susceptibilité cela peut bloquer la démarche. **Les gens sont quand même sur la défensive.** Lorsqu'un directeur d'établissement qui est l'interlocuteur privilégié dans un hôpital et qui est l'objet de toutes sortes de réclamations, depuis la rencontre avec les familles jusqu'aux problèmes de circulation automobile dans l'établissement en passant par les revendications des chefs de service, perd cette fonction, ce n'est pas forcément facile pour lui. Il passe plutôt en deuxième ligne en étant directeur de pôle. **Il se trouve moins proche du terrain.** Pour autant, il n'est pas plus proche des directions fonctionnelles qui, elles, restent centralisées. Le positionnement est vraiment nouveau. Ce n'est pas simple surtout si on ajoute à cette réforme l'introduction de la T2A qui, à son tour, complique aussi un certain nombre de choses, on peut dire que **nous sommes dans une période de mutation où tout le monde perd un peu son latin.** (Directeur, CHU)

Pour répondre à ces accusations de résistance qui sont portées contre eux, les directeurs administratifs rappellent généralement que la mise en pôles ne doit pas se faire au prix d'une balkanisation de l'hôpital, qu'il faut garder des missions centralisatrices, que les représentants des pôles n'ont pas encore les compétences suffisantes pour prendre efficacement en mains les charges de gestion.

L'organisation en pôles pousse les gens à l'autonomie. Cela étant, **il faut garder des passages obligés pour coordonner la politique des pôles.** Par exemple, en matière d'investissements sur les équipements, on ne peut pas envisager que chaque pôle définisse sa politique sans tenir compte des autres pôles. La coordination des activités est là incontournable ; on doit répartir les enveloppes de façon cohérente et concertée à l'échelle de tous les pôles du CHU. Il y a aussi un équilibre à trouver entre l'autonomie des pôles et la place des directions fonctionnelles. Les uns et les autres ne doivent pas se sentir niés dans leurs responsabilités respectives. **Comme nous sommes en phase de démarrage, chacun cherche à poser son territoire de manière nette et donc les uns et les autres se testent. Jusqu'où peut-on aller ou pas ? Il y a donc évidemment des crispations.**

Les textes réglementaires, les ordonnances ne peuvent pas tout régler. **Chacun interprétant selon sa personnalité, sa tournure d'esprit la mise en place de la réforme, aucun pôle ne se ressemble ;** on pourrait dire qu'il y a autant de pôles que de personnalités, de coordonnateurs médicaux, de directeurs délégués. **Les pratiques ne sont donc pas tout à fait les mêmes et pour éviter que cela parte dans tous les sens, il faut coordonner, recentrer.** Ce travail de pilotage de la cohérence d'ensemble appartient au Directeur Général évidemment, le président de la CME, mais plus globalement, c'est le Conseil Exécutif qui doit garantir l'unité de l'organisation mise en place. (Directeur, CHU)

*-Les directions fonctionnelles jouent-elles le jeu et acceptent-elles, avec leurs personnels chefs de bureaux et agents administratifs de céder quelques-unes de leurs prérogatives aux pôles ?*

Le problème pourrait exister, mais ce serait une caricature de fonctionnement. Même si les agents qui travaillent dans les directions fonctionnelles sont dans un rapport à leur directeur sensiblement comparable à ce que sont, dans les services de soins, les rapports que les personnels entretiennent avec le chef de service, donc avec un attachement fort à leur unité, il n'en reste pas moins qu'ils ont accepté de jouer le jeu. Cela dit, **il faut aussi noter que dans les directions fonctionnelles, des impératifs de toute nature continuent de se poser et rejaillissent forcément sur la gestion des pôles.** Par exemple, quand l'établissement doit réaliser une économie de plusieurs centaines de milliers d'euros sur une année d'activité, cela devient une contrainte externe aux pôles qui pèse fortement sur ceux-ci ; et **ce sont les agents**

**des directions fonctionnelles qui incarnent ces contraintes.** On peut toujours inventer toutes sortes de modalités originales de fonctionnement lorsqu'il y a ce type d'exigences, cela provoque des résistances. (Directeur, 1/2 directeur de pôle, 1/2 directeur fonctionnel, CHU)

### ***3.3. Les résistances des directions de soins***

Les directions de soins sont généralement considérées comme un des grands perdants de la réforme. Perdantes, car elles ne sont pas nécessairement représentées au Conseil Exécutif (leur présence dépend du choix du DG) ; perdantes surtout, parce qu'elles ont été dessaisies de leurs prérogatives au profit des cadres supérieurs de pôle. Leurs discours sont donc généralement assez incisifs (cf. Portraits) sur les méfaits de la réforme : non représentation de la filière soignante, déséquilibre des pouvoirs, éclatement de l'hôpital en unités concurrentes, perte de régulation centrale, ... En retour, beaucoup des professionnels des hôpitaux attribuent ces résistances à des problèmes de personnalité des directeurs de soins, qui seraient donc ainsi marginalisés non pour des questions de statut, mais pour des raisons personnelles.

Le directeur des soins, normalement, contribue à la définition des orientations de l'hôpital, notamment sur la gestion des personnels soignants. Le DRH recrute et le directeur des soins affecte. Le fonctionnement par pôles change les choses dans la mesure où les soignants sont affectés dans les services par le cadre et moi j'affecte au pôle. **Avec ce système, on a créé un échelon supplémentaire inutile. Je ne vois pas l'intérêt. Si on veut éviter de faire des armées mexicaines, il faut éviter ces empilements. Que fait le cadre sup dans un pôle ? À la fin de la journée, il ne doit pas être fatigué quand même ! D'autant qu'il y a des cadres sup qui ne sont pas affectés sur des pôles et qui s'occupent aussi de missions transversales. J'ai été cadre sup à l'époque des secteurs, j'avais 6 services à m'occuper. Aujourd'hui, je ne vois pas ce qu'elles font dans la nouvelle organisation.** Les cadres sup vont voir les directeurs de pôle et ne viennent plus me voir. Lorsque j'écris un mail, je l'adresse aussi au directeur de pôle. Tout est alourdi. (Directeur des Soins, CH)

**Je ne suis ni dans le conseil exécutif, ni dans les conseils de pôle. C'est une revendication de notre association nationale que les directeurs de soins soient d'être intégrés à ces instances. Le texte ne dit rien si ce n'est : « le dssi doit être consulté ». Je m'occupe d'un certain nombre de domaines transversaux, les réseaux incluant ce qui est externe à l'établissement, la formation, mais compte tenu du fait que l'on demande aussi aux directeurs de pôles de le faire... bon on s'ajuste. Chaque fois que je fais une proposition les directeurs de pôles doivent aussi donner leur aval. Cela devient fatigant car, sur le nombre, il s'en trouve toujours un pour dire non.** Je n'ai presque plus de relations avec les cadres de proximité. Les réunions d'encadrement que j'organisais avec elles dérangent le directeur qui pensait que cela faisait doublon. Du coup il n'y a plus que des réunions par trimestre et je ne les vois presque plus. Elles ont beaucoup plus de contacts avec les cadres supérieurs. Du coup, ces dernières se sentent très responsabilisées. On a vraiment des choses à retravailler sur « qui s'occupe de quoi ? ». De plus en plus souvent, il y a deux personnes sur les mêmes objets. Certaines choses ne sont pas faites du tout et d'autres sont faites deux fois. (Directeur des Soins, CH)

### ***3.4. Les résistances syndicales***

Le second grand perdant de la réforme, ce sont – de l'accord des différents professionnels de l'hôpital – les organisations syndicales, non membres de droit ni du conseil exécutif, ni des instances de pôles. Leurs discours affichent donc logiquement des résistances de principe, craignant notamment que le CA perde toute efficacité, que la NG ne soit qu'une voie déguisée pour faire passer d'autres mesures très controversées (diminution des budgets, T2A, rationalisation de la gestion, primes au mérite, ...). Néanmoins, au-delà de ces réticences de principe, relayant généralement les discours des centrales syndicales, les représentants syndicaux que nous avons rencontrés affichent tous la volonté de participer

aux expérimentations locales de la NG, soit pour ne pas pratiquer la politique de la chaise vide, soit parce qu'ils partagent certaines des intentions de ceux qui ont initié l'expérimentation dans leur établissement.

Nous proposons ici l'éclairage de trois positionnements, deux très critiques – CGT et FO –, l'un beaucoup plus contrasté – CFDT –.

**Au niveau du comité technique, on avait donné notre position : contre les pôles. On était deux syndicats contre – la CGT et FO – et deux syndicats pour – la CNI et la CFDT -. Mais du moment où, même si on était contre, le directeur avait décidé de le faire, on a décidé qu'il valait mieux participer aux réunions, parce qu'on ferait plus avancer de choses que si on n'y était pas du tout.** Il y a plein de situations où on est en désaccord mais il faut bien qu'on essaie de faire avancer les choses. Ça a permis aux médecins qui étaient représentants d'entendre la voix du personnel, ce qui était bien. Avec la direction, on a l'habitude de discuter, donc il n'y a pas de difficultés. Par contre, j'ai peu entendu les cadres : les cadres ne disent jamais rien (sourire), ils étaient présents mais ils ne disaient jamais rien. Et puis, on a fait quelques petites interventions par rapport à tout ce qu'ils allaient mettre en place. Alors maintenant, est-ce que cela a fait changé les choses ou pas ? Peut-être quand même, mais bon, il y a certaines choses que l'on n'a pas pu faire changer.

*Il y a des différences entre votre position au niveau local et celle de la CGT au niveau national ?*

**Nous, on est sur la même position qu'au niveau national. On dit toujours qu'il faut se battre pour que la Nouvelle Gouvernance ne se mette pas en place. Parce que vous savez, dans quelques années, ils diront que l'hôpital public coûte plus cher que le privé, parce que toutes les pathologies qui rapportent auront été prises par le privé, et qu'il ne restera à l'hôpital public que les personnes âgées, celles qui ne peuvent pas payer, bref ce sera l'hôpital-hospice.**

*Votre participation aux réunions, vous en avez référé au niveau national ?*

Oui, oui, et ils étaient d'accord. Ce n'est pas la position de tous les militants de la CGT, mais c'est ma politique personnelle et c'est aussi celle du niveau national. **On ne fait pas la politique de la chaise vide, comme le fait FO. Dire « On est contre les pôles, on ne participe à rien », c'est absurde, parce que de toutes façons, on va les avoir, ces pôles.** Si encore on avait une élection bientôt qui nous laisse penser que tout pourrait changer, pourquoi pas, mais là, on voit bien que rien n'a changé (nb : entretien après le référendum sur la Constitution européenne), donc on se dit qu'il vaut mieux rentrer dans les pôles, même si on n'est pas d'accord. Cela permet de dénoncer ce qui ne va pas et de dire non. Cela nous permet aussi de prévenir les personnels des dangers des pôles, notamment les personnels qui vont siéger aux conseils de pôle. (Représentant syndical CGT)

*Est-ce que l'on peut revenir sur les positions actuelles des syndicats face à la Nouvelle Gouvernance ?*

**On s'oppose. Au niveau national, FO et CGT sont contre la Nouvelle Gouvernance, ça, c'est clair. FO, notre syndicat, dit que si la Nouvelle Gouvernance se met en place, ça va tuer le public. Il dit que le gouvernement fait tout ça pour supprimer les hôpitaux publics, donc c'est normal qu'en tant que syndicat, il s'oppose. En plus, un moment, on s'est mis à parler de la rémunération au mérite, des primes au mérite, donc là, les syndicats, que ce soient la CGT ou FO, ils sont contre, ce qui est normal.**

*Et localement ?*

**Quand il y a des votes au CA, par exemple quand il y a eu la charte des pôles qui a été votée au CA, la CGT a voté contre. Moi, nous, FO, on s'est mis d'accord, on n'a pas voté contre, on s'est abstenu. On s'est abstenu parce que par rapport à notre syndicat, on est contre. Mais, à partir du moment où elle se met en place, on trouvait que cette charte était bien. Donc, on s'est abstenu. On n'a pas voulu voter contre, puisque, à partir du moment où la direction de toute façon la mettait en place, on a voulu dire que cette charte pour nous, à partir du moment où on nous obligeait à la prendre, elle n'était pas mal. Donc**

c'est là que les positions ont divergé entre CGT et FO. Il y a souvent des divergences comme ça : **souvent, nous, on s'abstient, parce qu'on a des ordres quand même de notre centrale syndicale : on ne peut pas voter pour. Mais il y a des fois où on aimerait voter pour... parce qu'on pense que pour l'hôpital, c'est bien. Et le but pour nous, c'est quand même cet hôpital : on ne vote pas pour les hôpitaux au niveau national.** Donc, nous, souvent, on s'abstient pour montrer que vis-à-vis de notre centrale, on ne peut pas voter pour, mais que ce qui nous est proposé pour l'hôpital, c'est pas mal. La CGT, elle, vote systématiquement contre.

*Est-ce qu'on pourrait revenir sur ce qui n'est pas mal dans la Charte des pôles, sur ce qui vous convient...*

**A partir du moment où le Ministère veut mettre en place des pôles, moi, j'estime que, en tant que syndicat, on est là pour défendre les agents : on n'est pas là pour faire de la politique, à l'inverse de nos collègues (= de la CGT).** Donc, à partir du moment où l'on nous oblige à mettre quelque chose en place, autant que cela satisfasse les personnels et qu'on en retire quelque chose. Si c'est pour faire de l'opposition totale pour ne pas faire avancer les choses, c'est ridicule, parce qu'alors, la direction va nous imposer des choses, alors qu'on pourrait peut-être arriver à négocier pour que cela soit mieux pour le personnel. Nous, ça a toujours été notre vision des choses. Et c'est vrai pour les pôles. **En plus, moi, pour ce qui est des pôles, en tant que cadre sup, je suis responsable de pôle.** Donc, mon but, c'est d'essayer de mettre en place cette réforme le mieux possible pour les agents. **La CGT a beau jeu de dire alors que « FO, ce sont des cadres, ce ne sont pas des syndicalistes »...** (Représentant syndical FO)

*Quelle est la position de la CFDT par rapport à la Nouvelle Gouvernance, aux niveaux national et local ?*

**Nationalement, au niveau des cadres militants, on est très intéressé, bien sûr.** On en a parlé lors de notre dernier congrès fédéral de Clermont-Ferrand. **On est très réticent par contre sur la tarification à l'activité,** parce que, pour être très concret, les établissements hospitaliers publics ne sont pas dotés d'une comptabilité analytique réelle : l'ARH nous demande de faire des économies comptables, par exemple sur les achats, mais on est bien incapables de dire combien on dépense, comment et pourquoi. Donc, on est très intéressé et en même temps très vigilant.

**Pour ce qui est des pôles, on est très intéressé. Très intéressé d'abord, par le côté mutualisation des moyens et des ressources : c'est préférable à des petits services qui fonctionnent en autarcie. Très intéressé aussi, parce qu'il s'agit d'asseoir le pouvoir de décision sur un triptyque médical-administratif-soignant. Et à la CFDT, tout ce qui est de l'ordre du pouvoir partagé et de la démocratie nous intéresse.** Tout ce qui est de l'ordre d'avoir un exécutif fort et partagé, avec des contre-pouvoirs, c'est une démarche qui nous intéresse. Il y a encore bien trop d'endroits où il y a seulement du pouvoir médical. Maintenant, **il reste à voir comment travailler, s'intégrer dans les pôles, et là, c'est très difficile. Très difficile, parce qu'il n'y a pas de représentants du personnel dans les pôles.** **Au niveau national, la CFDT conseille d'investir les conseils de pôle, pour qu'il y ait des syndicalistes.** Prenez une infirmière lambda. Son directeur de pôle lui présente un projet de budget, lui dit que c'est bien. Elle dira nécessairement que c'est bien, parce qu'elle lui fait confiance, parce qu'elle ne peut pas lui dire non.

*Vous voulez dire que les personnels qui ne sont pas syndiqués ne peuvent pas faire le poids face aux directions de pôles ?*

Oui, exactement. Oui, parce que le fait d'être syndiqué protège, pas de tout, loin de là, mais on peut résister. Les infirmières ou les aides-soignantes lambda peuvent moins résister : par exemple, si on les oblige à utiliser leur compte-épargne-temps, généralement, elles acceptent parce qu'elles ne veulent pas d'ennuis. **On touche là à un vrai problème des pôles : on peut se retrouver face à un risque de potentat des médecins et des cadres sup.** La place des cadres sup notamment n'est pas pondérée. **Il faut donc que l'exécutif central soit fort et il faut aussi qu'il y ait des syndicalistes dans les conseils de pôles.** (Représentant syndical CFDT)

*Quelle est votre position à l'égard du conseil exécutif ?*

**Au niveau des syndicats, au niveau national, on a regretté qu'il n'y ait pas de représentant syndical au conseil exécutif.** L'hôpital, c'est quand même plein de personnels. Et que les syndicats aient été exclus du fonctionnement de l'hôpital, c'est pas normal. **Ceci dit, cela n'a pas fait grand bruit : les syndicats n'ont pas beaucoup bougé, je pense qu'ils attendent de voir comment cela va se passer.** D'un autre côté, **comme on n'est pas associé à toutes les décisions, cela nous donne plus les moyens de rouspéter dans les instances : je pense que c'est pour cela que les syndicats n'ont pas réagi.**

*Vous avez déjà vu des changements, des prises de décision, depuis qu'il y a le conseil exécutif ?*

**Rien, on ne sait pas ce qu'ils font.** On n'a même pas le compte-rendu de ce qu'il s'y passe. On n'a aucune info. on ne sait rien. Moi, je le sais parce que j'ai des médecins, avec qui je m'entends bien, qui me racontent ce qu'il se passe, mais officiellement, on ne sait pas du tout ce qu'il se passe au conseil exécutif.

*Même au niveau des décisions prises ?*

**On ne sait pas.** C'est d'ailleurs une question que je poserai au Conseil d'Administration : **j'aimerais bien savoir ce qu'il se passe au conseil exécutif.** Je le sais seulement un peu, je vous l'ai dit, parce que je connais des gens qui y sont. Cela étant dit, **a priori, il ne s'y passe pas énormément de choses, il n'y a pas d'énormes décisions prises pour l'instant. Mais officiellement, on ne sait rien.** C'est extrêmement dommage, parce qu'on devrait quand même avoir des infos, mais on n'a rien. (Représentant syndical FO)

**Nous, à la CGT, on a regretté qu'il n'y ait pas, au conseil exécutif, de représentant du personnel :** il y a que des médecins et des directeurs, à parité. Donc, ça, on le regrette, parce que **cela veut dire qu'il n'y a plus de place pour les organisations syndicales, alors que l'hôpital ne marche pas qu'avec des directeurs et des médecins. C'est dommage. On regrette beaucoup, parce qu'on a l'impression de n'être plus que des objets, qu'il y a une politique qui se décide et qu'on n'a pas notre mot à dire.** On est toujours au CA certes, mais qu'on vote la politique ou qu'on ne la vote pas, de toutes façons, il y a une politique qui se décide au conseil exécutif et qui s'applique. (...). On a demandé au directeur qu'il décide, lui, tout seul, qu'il y ait des représentants du personnel au conseil exécutif, mais il a dit « Non, non, le texte dit Non : pas de représentant du personnel ». Là-dessus, il ne veut rien savoir. (...) La direction nous dit « Vous avez donné votre avis au CA, ça suffit », mais pourquoi alors les médecins sont-ils parties prenantes au comité exécutif ? **Avant, c'était la direction – enfin le comité directeur –, qui mettait en place la politique qui était décidée. Là, maintenant, il y a les médecins et on le regrette, parce qu'on croit qu'un médecin n'est pas fait pour gérer un hôpital. Je crois que chacun a sa fonction. Si on demandait à un directeur d'opérer, je ne pense pas qu'il serait très doué. Alors, je ne vois pas pourquoi on demanderait à un médecin de gérer. Chacun son métier.**

**Nous, à la CGT, on a aussi demandé à ce que des représentants des organisations syndicales participent aux réunions des conseils de pôle, mais le directeur a là encore refusé,** en disant : « Vous n'avez qu'à vous présenter aux élections et être élus », mais quand on est élu, on ne l'est pas alors au titre d'une organisation syndicale, on l'est au titre de professionnel, donc il nous a exclus partout. **C'est pour ça que j'en veux un petit peu au gouvernement, parce qu'à travers cette mise en place de la Nouvelle Gouvernance, ils sont en train d'exclure complètement les syndicats.** (Représentant syndical CGT)

### ***3.5. Le décalage / éloignement des soignants***

La très grande majorité des personnels hospitaliers sont encore à l'écart de la Nouvelle Gouvernance, du fonctionnement du conseil exécutif et même des pôles : très peu des brancardiers, aides-soignants, infirmiers, secrétaires médicales et cadres de santé (hormis les syndiqués) que nous avons rencontrés se sentent concernés par la NG. Ils n'expriment pas à proprement dit des résistances et des réticences, mais

plutôt un constat de désinformation, de désintérêt, de décalage. Ce sont beaucoup plus le fonctionnement de leur service et la détérioration de leurs conditions de travail qui mobilisent leur attention.

*- Qu'est ce qui a changé pour vous, si cela a changé quelque chose, la mise en place des pôles et quel regard avez-vous sur la mise en oeuvre de cette Nouvelle Gouvernance au sein de l'établissement ?*

Déjà, on a changé de surveillante, donc de supérieur hiérarchique. Nous étions d'abord dans le pôle logistique et puis là, **nous sommes dans un nouveau pôle mais... je ne sais pas comment il s'appelle. Les horaires de travail n'ont pas changé, la charge de travail n'a pas changé non plus... en fait, cela n'a pas changé grand chose.** Plus d'une dizaine de services ont été regroupés... mais à notre niveau, au quotidien, on travaille toujours de la même façon. Ce sont les services qui continuent de nous solliciter et pour ce qui est de notre hiérarchie, cela reste une surveillante. (...)

Avant les pôles et après les pôles ? **Je n'ai pas l'impression que les gens savent ce que ça veut dire tout ça.** Je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une réelle information là-dessus, **peut être que les gens s'en foutent un peu**, tant que ça ne change pas leur quotidien. Je crois que les gens n'ont pas bien perçu ce que c'était, ce que ça voulait dire, ce que ça allait impliquer, moi le premier.

C'est quelque chose d'assez technique, je ne veux pas nous rabaisser mais, qu'est ce qu'on peut apporter dans tout ça, nous brancardiers ? Mais pour les médecins c'est la même chose. J'ai l'impression qu'ils s'en foutent un peu aussi. À part certains qui sont impliqués administrativement dans l'hôpital, les autres s'en moquent. C'est d'abord perçu comme une réforme administrative. (Brancardier, CH)

*Vous venez de me décrire votre service : il appartient à un pôle ?*

**Le pôle, apparemment, est mis en route, mais je n'en sais pas plus que ça. Je sais que c'est Mr X qui est chef de pôle, mais bon, je n'en sais pas plus.**

*Vous avez vu des changements avec l'instauration du pôle ?*

Non, pas du tout. **Pour moi, ça ne change rien, il n'y a rien, c'est toujours pareil. De toutes façons, le chef de pôle, on ne le voit pas. Je vais vous dire franchement : je ne sais pas ce qu'il fait. Je ne sais pas. Je ne sais pas non plus à quoi sert le pôle. Ils ne viennent pas nous en parler. On ne sait pas trop à quoi ça sert.**

*Il n'y a aucune conséquence directe sur votre travail quotidien ?*

Non, pas du tout. Ça fait 7 ans que je suis dans le service et je peux vous dire que rien n'a changé avec le pôle. (Aide-Soignante, CHU)

*- Que pensez-vous de cette réorganisation par pôles ?*

**On n'en pense rien avec mes collègues.** Ces changements sont importants pour les médecins surtout et peut être aussi pour le personnel infirmier qui est amené à changer de position à l'intérieur du pôle, ils tournent sur les postes en cas de besoin de remplacements. Vous comprenez, c'est cela le problème. Il y a des problèmes d'effectifs donc on puise dans les personnels du pôle pour combler. Avant quand il manquait quelqu'un, ils embauchaient à l'extérieur maintenant je ne sais pas s'ils vont continuer de le faire.

**Ce qui a changé dans mon activité n'est pas lié à la réforme ; depuis que je suis ici, j'ai vu progressivement le travail se modifier.** On gère beaucoup plus de médecins qu'au début avec beaucoup plus de malades et de travail donc ; on est le même nombre de secrétaires que par le passé. Bien sûr, les outils informatiques nous aident, on a des courriers, des fichiers tout prêts, on a plein de choses en mémoire sur les ordinateurs mais... quand même. On a aussi beaucoup plus de téléphone qu'avant, puis de plus en plus de malades qui nous sollicitent et qui veulent consulter leur dossier médical. Cela n'existait pas, il y a dix ans. Mais bon tout se passe bien, les médecins sont compréhensifs et voient bien que nous avons beaucoup de travail. Les malades sont sympathiques, on les connaît bien et eux aussi nous connaissent ; ils nous appellent par nos prénoms parfois. C'est là qu'est l'intérêt de notre travail. Rassurer les



gens, faire la part des choses entre ce qui est urgent et ce qui peut attendre lors de la prise des RDV pour des consultations. (...)

*-Quel enseignement général dégagez vous de cette expérimentation de la Nouvelle Gouvernance ici ?*

Pour moi, la Nouvelle Gouvernance, c'est les pôles. C'est vrai que si j'étais à la direction, j'aurais peut-être un autre regard. On a eu de l'information avec le journal de l'hôpital et les informations jointes à la feuille de paie ; on a aussi de l'information sur l'intranet. On ne nous a pas demandé notre avis.

**Mais pour moi, la Nouvelle Gouvernance c'est secondaire ; le principal, c'est de soigner les patients et d'avoir le plus de budget possible pour acheter du matériel et avoir les personnels nécessaires.** (Secrétaire médicale, CH)

**En peu de temps, tout a basculé et... les missions des uns et des autres ne sont pas forcément claires pour tous. Je ne suis pas sûre que chacun sache dans quel pôle il est et quel est son directeur de pôle.** On fait des formations pour tous les nouveaux lors de journées d'accueil. Mais on a beaucoup de retard sur ce plan. **Même les cadres de proximité ne savent pas parfois à qui s'adresser.** Ils ne regardent pas les supports d'information qui existent pour tant au niveau du CHU. Bon, c'est vrai que quand ils sont pris dans leur activité auprès du malade et tout ça, je conçois que ce n'est peut-être pas leur priorité de s'informer sur les nouvelles compétences des uns et des autres. (Assistant de gestion, CHU)

**Avec les infirmiers et les aides-soignants, il y a un grand décalage par rapport à la NG. Ils se rendent bien compte qu'ils ne fonctionnent plus comme avant, qu'il y a des pôles ; ils savent à quel pôle ils appartiennent. Mais ils ne savent sûrement pas comment cela fonctionne et ce que cela peut apporter. Je ne suis pas sûr. Comme on balbutie encore sur les nouveaux fonctionnements, c'est difficile de les impliquer. Je ne suis pas sûr qu'ils soient fondamentalement informés des objectifs de la NG.** On essaie de leur dire – moi, je leur ai déjà expliqué – mais ils ne sont pas aussi concernés que nous. Je pense qu'il y a encore un décalage. L'accompagnement au changement est encore à faire pour les soignants : pour le moment, les cadres sup et les cadres de proximité adhèrent, mais pas les autres. (Cadre supérieur, CH)

**L'une des raisons pour lesquelles la réorganisation n'est pas toujours perçue dans ses incidences tient au fait que le travail quotidien d'une grande partie des professionnels n'a pas changé. Ils font toujours les mêmes tâches et conservent toujours un interlocuteur au plan local. La réforme est donc vaguement identifiée ; tout ce qui se met en place est lointain et paraît comme une affaire de cadres, des dirigeants. Ce n'est pas pour eux, ils n'appréhendent pas cette démarche de façon approfondie. Il faudra sûrement du temps et l'on devra aussi beaucoup informer et communiquer mais je me dis que ce n'est pas propre à la nouvelle organisation.** Lors de la démarche d'accréditation, en participant aux groupes de travail, j'ai entendu des choses étonnantes. Par exemple des gens situent très mal le rôle d'un Comité Technique d'Établissement ou de la CME, alors que ces organes existent depuis des années. **Je crois qu'il y a une sorte de méconnaissance des grandes règles de la vie de l'institution. Les préoccupations des personnels ne sont pas forcément sur ces questions.** J'ai été frappé de voir que les statistiques de fréquentation de notre système informatique intranet montraient que ce qui intéressait le plus les gens, c'étaient les modalités d'accès à la retraite. Nous sommes là sur des questions de fond du rapport au travail et à l'institution. (Directeur, CHU)

## 4. Les inquiétudes

Les inquiétudes, les craintes, face à la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance sont nombreuses. Elles sont exprimées tout autant par ceux qui se déclarent hostiles à la réforme que par ceux qui lui apportent un

soutien franc. Elles portent à la fois sur la question épineuse de l'avenir du service public hospitalier et sur quelques-unes des conséquences hypothétiques prêtées à la mise en œuvre de la NG : la balkanisation de l'hôpital, l'instauration d'une polyvalence dégradant les conditions de travail des personnels, le renforcement du pouvoir médical au détriment de tous les autres, les effets pervers de l'ordonnance du 2 mai.

#### ***4.1. Les réformes hospitalières : un danger pour les missions de l'hôpital public ?***

La concurrence avec le privé...

Même si je soutiens la réforme de la Nouvelle Gouvernance et même la mise en place de la T2A, qui offre vraiment des outils aux médecins pour développer des projets de santé sur la base de leur activité réelle et pas sur leur capacité à copiner avec un Directeur Général ("Ah cher ami ! Je suis heureux de vous rencontrer ; il me faudrait 4 infirmières et un scanner..."), je ne suis pas certain que l'on veuille vraiment soutenir l'hôpital public. Nous avons plusieurs missions. Une mission sociale, mais aussi une mission de formation, une mission universitaire. **J'ai peur que nous soyons devant l'alternative suivante. Soit tout le secteur rentable est transféré au privé, et il ne nous restera plus que les activités de prise en charge sociale de la maladie ; soit on nous pousse à faire du tout rentable, et nous ne serons plus en capacité, à l'hôpital public, de faire face à nos missions sociales.** Je sais bien qu'il y a les fameuses MIGAC qui vont permettre de mettre les choses non rentables sous la rubrique missions d'intérêt général, mais on ne peut pas tout mettre là-dedans. Quand on nous dira vous n'êtes pas rentables dans tel secteur que fera-t-on ? Cela ira au privé ? Si on nous dit sur tous vos pôles seuls la moitié sont rentables, que fait-on des autres ? Globalement les médecins sont d'accord sur la mise en œuvre de la T2A (encore faudrait-il l'appliquer à 100 % car nous en sommes encore loin) car elle permet de monter des projets en appui sur les hypothèses de financement attendu de l'activité. Mais j'ai l'impression que le privé, qui n'a pas les mêmes missions et exigences que nous, est avantagé par rapport à nous. (Médecin, CHU)

Dans le contexte actuel, on a des craintes de fermeture, d'abord de lits, ensuite de certains services, et peut-être de l'hôpital. **Il faut défendre le service public.** Les cliniques, c'est bien, mais tout le monde ne peut pas aller en clinique. Les gens qui n'ont pas de sécurité sociale, la clinique ne les prend pas. Il faut bien qu'ils se fassent soigner ; ils ont le droit de se faire soigner comme tout le monde. Dans cet hôpital, on reçoit les gens qui sont à la CMU. Si l'hôpital ferme, on peut se dire : « Mais où vont aller les malades ? Où vont aller les personnes âgées, celles qui n'ont pas les moyens d'aller en clinique ? ». Il faut défendre le service public. Je trouve tout à fait normal que l'on soigne n'importe quelle catégorie de personnes, du clochard au PDG. On a tous le droit aux soins. (Aide-Soignante, CH)

Des budgets resserrés...

Ce sont surtout les contraintes de budget qui m'inquiètent. À notre petit niveau, je le constate sur les fournitures de bureaux, sur les effectifs qui stagnent alors que la charge de travail s'accroît. On pourrait nous donner une collègue en plus. On a déjà demandé, mais on n'a pas été entendu. On demande au chef de service mais bon. Pour eux, c'est pareil. Ils ont beaucoup moins de pouvoir qu'avant. Autrefois, les chefs disaient « Je veux » et ils avaient. Maintenant avec les restrictions des finances, c'est fini. Cela n'a rien à voir avec les pôles. Depuis 6 ans, c'est la direction qui décide et les médecins beaucoup moins. Cela me fait peur car quand je suis rentrée à l'hôpital, je venais pour participer au travail qui consiste à soigner les gens mais **je m'aperçois que, petit à petit, on va vers des soins payants. Il va falloir que les gens paient pour se faire soigner.** Bien sûr, il y a la CMU mais peu à peu, on va réduire les aides. Nous, on a des étrangers ici qui viennent se faire soigner, des immigrés, ils n'ont pas les moyens d'aller en clinique. Les médecins ne peuvent pas toujours faire face, ils sont pressés, pressurisés. On leur demande toujours plus. Cela rejaille sur nous, mais on fait pour le mieux

même si on n'est pas toujours en temps et en heure. Les médecins attendent leur retraite avec impatience pour ceux qui en sont proches. Ils font des navettes toute la journée dans les différents étages pour aller voir les patients. Ils ne les ont plus sous la main, alors qu'ils sont encore responsables d'eux. **On manque de tout. On a un manque de lits.** On a fermé un service car il manquait un médecin suite à un départ en retraite où ils en ont profité pour ne pas embaucher. En médecine, on a jamais un lit de libre, mais je ne sais pas si cela rapporte beaucoup à l'hôpital. Je trouve dommage que l'on soit placé dans une situation où l'on risquerait de ne pas avoir assez de budget si on n'a pas assez travaillé dans la période précédente. C'est l'activité passée qui va donner le budget de l'année d'après. (Secrétaire médicale, CH)

Pour moi, la Nouvelle Gouvernance c'est secondaire ! Le principal, c'est de soigner les patients et d'avoir le plus de budget possible pour acheter du matériel et avoir les personnels nécessaires. On ne va pas dans cette direction. (Secrétaire médicale, CH)

Et surtout la T2A !

À mon sens, il est dangereux que l'on perçoive la réforme de la Nouvelle Gouvernance, qui est selon moi une nouvelle sociologie de l'hôpital, avec les contraintes financières et la réforme de la T2A par exemple.

**Les réformes tombent en même temps, c'est dommage.** On se réorganise alors que l'on est en pleine difficultés financières et que l'on commence à appliquer la T2A qui suppose une restructuration informatique, des apprentissages de nouvelles cotations et que les gens, en plus, n'ont pas très bien comprise. Je dirais que ça tombe un petit peu mal le fait que ça arrive ensemble. C'est dommage qu'on n'ait pas pu déconnecter ces grands projets. Évidemment, tout est un peu lié ; simplement mettre en place la nouvelle gouvernance à un moment de crise de financement, ça tombe un petit peu mal, parce que nos interlocuteurs vont avoir l'impression qu'on leur repasse le problème financier en entrant dans des délégations de gestion. Si la réforme est perçue comme cela, c'est une expérience qui risque de connaître de grosses difficultés. (Directeur, CHU)

**Il faut que nous, les soignants, on fasse entendre notre voix, dans l'intérêt des personnels et finalement des patients, parce que pour le moment, la Nouvelle Gouvernance, c'est d'abord une logique économique et financière, mais il ne faut pas que ce ne soit que cela.** Et si nous, en tant que cadres supérieurs de santé, on n'arrive pas à faire entendre cette voix, notre voix, je ne sais pas ce que cela va donner. D'ailleurs, on n'est nous-mêmes pas à l'abri : **on se rend compte que petit à petit, notre langage change. Il faut donc faire attention et se rappeler qu'on n'est pas là pour compter : on est là pour être efficient, pour organiser, et notre objectif premier, ce n'est pas d'être comptable, ni d'être assistant de gestion.** C'est là que la Direction des Soins a une place primordiale : faire que l'on n'oublie pas notre place, notre mission de soignant. **Il faut rester centré sur les problématiques de soins et d'organisation, sans renier les problématiques financières bien sûr –. Et tout cela est d'autant plus crucial que le pôle, ça isole. On est dans nos chapelles.** Si on ne prend pas du temps pour réfléchir aux problématiques de soins et d'organisation au niveau transversal, on va dériver très rapidement vers une logique purement économique et financière. On le sent parfaitement au niveau des pôles, d'autant plus que la T2A arrive en même temps. (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

**La Nouvelle Gouvernance, c'est une sorte de schizophrénie de l'hôpital :** on décentralise sans vouloir perdre l'unité. Comme tout cela s'applique sur fond de restriction budgétaire où l'ARH cherche à récupérer des postes pour rééquilibrer les budgets, on se retrouve dans la situation où certains pôles voient leur activité exploser en termes de volume et les effectifs professionnels stagner ou se réduire. Cela commence à réagir dans les services. Comme tout se passe en même temps avec des réformes comme la T2A, l'hôpital est chamboulé. **En fait, la T2A est structurante comme personne ne l'avait imaginé car elle va conditionner**

**l'allocation des recettes. C'est diabolique, cette histoire.** Avec les codifications des pratiques, tout le monde précise sa pratique et a l'impression d'améliorer son travail et cela se traduit par ... une baisse des ressources ; c'est le paradoxe. De même, on dit « Ce sont les médecins qui sont responsables de l'activité et donc des recettes » ; est-ce que cela veut dire que les directions d'hôpital, jusque-là, faisaient n'importe quoi et que c'est pour cela que l'on a inventé les ARH ou les ARS maintenant ? (Directeur des Soins, CH)

Une de nos interrogations, c'est l'impact de la T2A sur le fonctionnement par pôles. Le principe de la T2A, c'est d'attribuer un budget en fonction de l'activité sur des bases nationales. On se dit « Comment on va s'assurer que notre activité est conforme à ce qui doit être fait ? ». Par exemple, sur les soins palliatifs, cela pose de nombreuses interrogations. Il faut que le patient, qui est dans l'établissement pour des soins palliatifs, soit bien repéré au niveau du codage comme bénéficiant de soins palliatifs. On ne sait pas comment cela va être pris en charge par le pôle. Il y a des craintes au niveau du pôle. (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

Du peu de recul que nous avons de la T2A aujourd'hui – on est uniquement à 10 % et cela ne concerne que les services de court séjour –, on voit que la T2A a déjà un effet important. Ce qu'on observe déjà en réunion de pôle, c'est un coordonnateur qui recherche ce qui va être rentable. Cela se passe dans d'autres pôles – on le sait –, mais cela se passe aussi en gériatrie. Moi, je dis « D'accord, il faut être rentable mais pas à tout prix, il faut se souvenir du projet de pôle qui affiche comme une de ses priorités la prise en charge globale de la personne âgée ». **Mais c'est dur, dur. Parce qu'on se rend bien compte que la logique de la mise en pôle, c'était surtout de rationaliser les dépenses de santé, et pas la qualité de la prise en charge.** Cela se sent fortement. (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

Le message que nous fait passer la direction – il est bon de le rappeler –, c'est qu'il ne faut pas croire que parce que l'on est dans la Nouvelle Gouvernance et qu'on nous parle de T2A, l'objectif premier ne reste pas d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux. Certes, il y a une composante de gestion économique et financière, mais la qualité des soins reste quand même prioritaire. On est quand même – excusez-moi de le rappeler – des soignants, on est là pour soigner des gens. Je le rappelle, parce qu'on a parfois des discours un peu trop économiques. **Si effectivement la Nouvelle Gouvernance n'était que d'améliorer la gestion pure et dure des hôpitaux pour faire front au déficit de la Sécu, honnêtement, cela ne m'intéresserait pas beaucoup.** Maintenant, c'est une dimension qu'on ne peut pas nier : il faut être réaliste, il y a des difficultés qu'on ne peut pas nier. On est parfaitement conscient qu'il y a des secteurs qui seront rentables et d'autres qui ne le seront pas, mais pour autant, notre mission, c'est quand même d'assurer notre mission de service public et donc de prendre en charge tous types de patients, que cela soit rentable ou pas. Après, à nous de nous poser les questions dans l'établissement, sur la façon d'aider et de compenser les secteurs qui seront moins rentables. Bon, ça, effectivement, c'est un peu idéaliste, c'est la philosophie, les fondements. Et c'est vrai que sur le terrain, on se pose des questions parce qu'on nous tient ce discours, mais **on se demande comment on va faire pour bien faire fonctionner les services non rentables.** (Cadre Supérieur de Santé, CH)

#### ***4.2. Décloisonnement-recloisonnement et balkanisation de l'hôpital***

**Quand on a commencé la mise en place des pôles, on a eu tendance à fonctionner pôle par pôle, ce qui est un peu gênant. Pour que la NG marche, on se rend compte qu'il faut d'abord que les pôles existent, mais il faut aussi qu'ils arrivent à fonctionner en transversal.** Certes, on a un peu réussi à décloisonner à l'intérieur des pôles, mais on en est arrivé à cloisonner entre les pôles. Dans les conseils qu'on pourrait donner à ceux qui vont mettre en place la NG, **on peut dire qu'il faut arriver à décloisonner les pôles, en gardant des moments d'échange entre pôles sur les expériences de chacun. Des échanges formels, et pas informels, parallèles, officiels,** parce que ceux-là, il y en a toujours. Mais bon, encore

une fois, ce n'est qu'en commençant à fonctionner qu'on se rend compte de cette nécessité. **Cela ne se décrète pas.** (Cadre Supérieur de Santé, CH)

**L'organisation en pôles pousse les gens à l'autonomie. Cela étant, il faut garder des passages obligés pour coordonner la politique des pôles.** Par exemple, en matière d'investissements sur les équipements, on ne peut pas envisager que chaque pôle définisse sa politique sans tenir compte des autres pôles. La coordination des activités est là incontournable ; on doit répartir les enveloppes de façon cohérente et concertée à l'échelle de tous les pôles du CHU. Il y a aussi un équilibre à trouver entre l'autonomie des pôles et la place des directions fonctionnelles. Les uns et les autres ne doivent pas se sentir niés dans leurs responsabilités respectives. Comme nous sommes en phase de démarrage chacun cherche à poser son territoire de manière nette et donc les uns et les autres se testent. Jusqu'où peut-on aller ou pas ? Il y a donc évidemment des crispations. **Les textes réglementaires, les ordonnances ne peuvent pas tout régler.** Chacun interprétant selon sa personnalité, sa tournure d'esprit la mise en place de la réforme, aucun pôle ne se ressemble ; on pourrait dire qu'il y a autant de pôles que de personnalités, de coordonnateurs médicaux, de directeurs délégués. Les pratiques ne sont donc pas tout à fait les mêmes et **pour éviter que cela parte dans tous les sens, il faut coordonner, recentrer.** (Directeur, CHU)

J'ai craint d'emblée que l'organisation par pôles ne fasse disparaître une équipe de remplacement des soignants que nous avions au sein de l'établissement, après que l'on distribue ces personnels dans les différents pôles. Heureusement, cela n'a pas été le cas. On a simplement distribué ce qui correspondait à un volume horaire de remplacements de courte durée et on a maintenu une équipe pour assurer les remplacements longs des personnels malades sur une longue durée, les congés maternité etc. **Aujourd'hui, le risque c'est que chaque pôle tente de se débarrasser de ses « canards boiteux » sur les autres pôles.** Ainsi, celui qui se défendra le moins bien risque de récupérer les gens à problèmes et dont personne ne veut. La réputation d'un pôle qui récupérerait ainsi ceux dont personne ne veut serait alors calamiteuse, ce qui ne serait bon pour personne et surtout pas pour les malades des services concernés. (Directeur des Soins, CH)

On a une assemblée qui s'appelle le comité médical. Là, on rassemble les médecins du pôle pour qu'ils réfléchissent entre eux ; ce n'est pas une instance décisionnelle non plus. Ce groupe n'a pas très bien fonctionné car, là encore, il n'y a pas de culture de pôle. Je pousse pour que les débats aient lieu en présence des cadres, car cela est toujours intéressant d'avoir un point de vue différent, mais tout le monde n'est pas d'accord chez les médecins. Certains veulent que chacun règle ses questions dans son coin. Les médecins veulent débattre de problèmes de médecins entre médecins. Mais pour les cadres c'est la même chose ; ils veulent traiter entre eux de leurs questions. Ils ont souvent une suspicion à l'encontre des médecins. Entre cadres et médecins, il y a d'ailleurs eu des moments très chauds. **Le comité médical ouvert permet de dépasser certains clivages,** mais on m'a enjoint de séparer les groupes. Bon, il faut tenir compte de cela, on ne peut pas aller trop loin non plus. (Médecin, chef de pôle, CHU)

### ***4.3. Les pôles et la polyvalence***

Une polyvalence parfois acceptée...

*Qu'est-ce qui a changé avec les pôles ?*

Dans la pratique, on sait qu'il y a des budgets au niveau du pôle et pas simplement au niveau des services. On nous dit : « Cette année, tout le budget a été utilisé, pour tel service », donc on sait qu'on n'aura pas tel appareil cette année, qu'on l'aura l'an prochain. **Cela fait une petite différence par rapport à avant, mais ce n'est pas une grosse modification. Il y a quelque chose qui a, par contre, été beaucoup modifié : au niveau du personnel qui tourne, par exemple, quand il y a du personnel en congé maternité ou maladie. Il y a un**

pool de personnes qui remplacent, qui est mieux organisé qu'avant : il y a des infirmières qui remplacent sur les 6 services et donc à force, elles connaissent tous les services, et donc c'est moins difficile de gérer les personnels qui changent. On perd moins de temps à expliquer, c'est plus simple. C'est un plus. Je ne sais pas si tous les pôles l'ont fait, mais sur notre pôle, c'est comme ça, et je trouve que ce n'est pas mal.

*Et les services, ils restent un peu présents ou ils se sont un peu effacés ?*

**Non, ils sont très présents. C'est quand même la pathologie qui délimite : ça continue comme avant.** Je trouve que c'est un peu moins flagrant qu'avant, parce que j'ai changé de service tout en restant dans le même pôle : cela m'a donné du recul et cela m'a permis de me rendre compte qu'il y avait des choses communes à tous les services et donc au pôle dans les modes de prise en charge. Mais pour les autres personnels, je crois que cela n'a rien changé. (Infirmière, CHU)

J'ai changé de service, il y a un an, parce que je souhaite faire l'école des cadres et qu'il faut pour cela montrer qu'on peut s'adapter, qu'on peut changer d'organisation.

*Vous travailliez avant dans un service du même pôle ?*

Oui, j'étais dans un service du même pôle.

*Vous êtes donc aux premières loges pour juger du fonctionnement d'un pôle. Est-ce qu'il y a des liaisons par exemple entre les deux services ?*

**Des liaisons parce qu'ils sont en pôle ? Oui, parce qu'on a le même cadre sup : cela donne de la cohésion au niveau du personnel, parce que le cadre sup peut équilibrer la gestion du personnel entre les services. D'ailleurs, si j'ai pu facilement changer de service, je pense, que c'est parce que c'était dans le même pôle.** Le cadre sup connaît toutes les disponibilités et les demandes de mutation des services du pôle : quand elle a une demande, elle cherche d'abord à gérer les changements dans le cadre de son pôle. Le problème simplement, c'est quand on veut changer de pôle, parce que le cadre sup pense d'abord à son pôle, avant de laisser partir des personnels ailleurs. Ça peut être gênant.

*Vous l'avez ressenti cette gêne, personnellement ?*

Moi, non, parce que je voulais rester dans cette spécialité. Mais d'autres collègues, oui, parce qu'une demande de changement de service passe d'abord au niveau du pôle, avant de pouvoir passer au niveau de l'hôpital. Donc le cadre sup essaie toujours de nous recaser dans son pôle, pour ne pas avoir de demandes à formuler au niveau supérieur ?

*Il peut vous forcer ?*

Non. Non, parce qu'on est quand même dans une optique de « travailler en bonne intelligence » ; il y a quand même une volonté que la volonté de l'employé soit respectée, mais elle est un peu aiguillée. Il y a des petites pressions. (Infirmière, CHU)

Mais généralement crainte et refusée...

La Nouvelle Gouvernance n'a rien changé, pas grand-chose en tous les cas. Par contre, on travaille avec d'autres services et j'ai constaté que **la nouvelle organisation a conduit au déplacement de certaines infirmières au nom de la communauté des moyens. Cela n'est pas encore accepté par les personnels.** Ces déplacements créent un trouble chez ces personnels et nous craignons que cela arrive aussi aux médecins. Moi, je suis spécialiste, je n'ai pas envie d'aller faire des consultations en gériatrie. Moi, je n'ai pas envie que l'on me dise « Vous arrêtez telle part de votre activité car elle n'est pas rentable ». La logique économique d'accord, elle est à prendre en compte, mais ce ne doit pas être la seule. Il y a des besoins de population à prendre en compte. (Médecin, CH)

Ce qui nous a tout de suite fait peur, avec mes collègues secrétaires médicales, c'est que cette réorganisation nous conduit à changer de poste. **On s'est dit, quand il va manquer quelqu'un quelque part dans le pôle, on va nous y mettre d'autorité.** On va arriver un matin et l'on nous dira, au hasard, il n'y a personne ici il faut y aller. Pour l'instant, ce n'est

pas le cas mais bon, on n'a pas eu beaucoup d'absences jusque-là et tout ceci n'est en place que depuis 6 mois. (Secrétaire médicale, CH)

Au départ, le pôle faisait peur aussi aux techniciens qui étaient tous spécialisés par service. La mutualisation dans un pôle signifiait aussi qu'ils pourraient être conduits à passer d'un service à l'autre et cela leur posait des problèmes de compétences notamment. On a donc eu l'idée de créer des groupes homogènes de compétences ou les technicien(ne)s auraient le même savoir-faire. Ces groupes ont été composés sur la base d'une analyse rationnelle des compétences de chacun et sur les désirs de formation des personnels. Ainsi on peut imaginer un groupe de techniciens compétents sur la bactériologie et l'hygiène ou autres ; pour l'instant, on n'a pas de retours négatifs. **Au départ, on avait essayé autre chose en créant un groupe de techniciens polyvalents sur des techniques de base. Cela n'a pas marché car les gens ne connaissaient pas assez les disciplines où ils se trouvaient. On nous reprochait de mettre les gens n'importe où pour boucher des trous et les « anti-pôles » s'arc-boutaient sur ces points pour s'opposer à la réorganisation.** (Médecin, chef de pôle, CHU)

#### Un fort attachement au service

On a entendu dire que les services devraient fusionner ensemble, qu'il n'y aurait plus de services séparés, qu'il n'y aurait plus qu'un pôle. On en a entendu parler très légèrement.

*Ca vous paraît possible ?*

**Moi, ça me paraît un peu aberrant** : on ne va pas mélanger les deux spécialités de chirurgie des deux services. Ça ne paraît pas très compatible, de mon point de vue personnel. Mais bon, comme on ne me demandera pas mon avis... (sourire)

*Pas très compatible, parce que... ?*

**Il y a des pathologies différentes et avec, des risques de diffusion des infections** : on ne peut pas mettre des spécialités propres avec des spécialités sales où il y a des infections, des abcès. Puisqu'on fait un tapage sur les infections nosocomiales, il faut aller dans ce sens de ne pas mélanger. Non, vraiment, je ne vois pas pourquoi on fusionnerait, à part occasionnellement, quand on manque de personnels. Mais bon, je ne sais pas si je suis dans le vrai, je n'en sais rien (sourire). Mais c'est vrai qu'on fait beaucoup de tapage sur les infections nosocomiales, et puis, à côté de ça, on va mélanger les services. Je ne trouve pas ça tout à fait normal. Et puis aussi, **on n'a pas trop envie d'aller à droite, à gauche. On est dans notre service, on y est attaché, ça se conçoit.**

*Qu'est-ce qui change d'un service à un autre, hormis la pathologie traitée évidemment ?*

**Il y a un esprit de service qui est différent dans chaque service.** Ici, dans ce service, on a une très bonne entente au niveau de l'équipe, entre tout le monde. Des médecins jusqu'aux ASH, on s'entend très bien, c'est vraiment l'esprit d'équipe. Les médecins viennent manger avec vous, prendre le café avec nous. On parle des malades en continu.

*Vous avez connu autre chose ?*

Oui, j'ai connu l'inverse. Un médecin qui fait voir qu'il est médecin et pour qui le petit personnel, c'est le tout petit personnel. Il le fait bien ressentir. Il ne le dit pas, mais il le fait ressentir. Il ne vous adresse la parole que quand il en a besoin.

*Comment vous les appelez généralement ces médecins un peu particuliers ?*

Je ne sais pas. « Chefs de service », on va dire (rires). Chefs de service qui font voir qu'ils sont chefs de service. (Aide-Soignante, CH)

#### 4.4. Centralité des médecins et oubli des autres personnels ?

##### *Le potentat des médecins ... ?*

*Est-ce qu'on peut parler, selon vous, à l'échelle du pôle, d'un co-pilotage administratif et médical, d'un tri-pilotage administratif-médical-soignant ?*

**Je ne sais pas. En tous cas, moi, je m'y emploie.** Mais je crois que c'est plutôt un pilotage médical (rires). **Par moments, le directeur administratif du pôle – même si c'est quelqu'un qui n'est pas avide de pouvoir –, je le sens totalement désorienté par rapport au nouveau fonctionnement.** Je crois que les directeurs administratifs ont perdu de leur pouvoir et qu'ils ont du mal à trouver leur place. **Dans la Nouvelle Gouvernance, c'est quand même le coordonnateur médical qui prend le pouvoir – je n'ai pas étudié précisément les décrets mais la délégation de signature pour le coordonnateur médical, elle y est quand même –.** Pour moi, la Nouvelle Gouvernance affermit beaucoup plus le pouvoir médical que le pouvoir administratif. Après, évidemment, il y a ce que les textes disent et les personnalités de ceux qui occupent les postes, mais en tendance, c'est le pouvoir médical qui est renforcé. (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

Illustration :

J'ai proposé que l'on découpe l'hôpital en quelques grands pôles cohérents (la médecine, la chirurgie...) et la nouvelle configuration comptable s'est modelée là-dessus. Avant de proposer ce découpage j'en ai parlé un peu autour de moi mais les gens ne voyaient pas trop l'intérêt de tout cela, cela leur paraissait purement comptable, purement analytique. **Je ne suis pas du genre à passer du temps en réunion, donc je peux dire que j'ai fait le découpage des pôles seul.** En six mois, cela était en place, la configuration de la nouvelle comptabilité analytique avait été trouvée. **Du côté des cadres, des soignants, je ne sais pas trop ce qu'ils pensent de tout cela.** Moi je m'occupe des médecins cela me suffit bien. (Médecin, CH)

...contre-exemple :

J'ai vu arriver l'expérimentation Nouvelle Gouvernance comme une figure imposée. À la CME, on nous a présenté les choses comme étant déjà un peu faites. On nous a indiqué que le directeur s'était engagé pour nous et l'on nous a demandé si on était d'accord. Donc, ils se sont engagés, principalement le Directeur et le président de la CME, sans nous demander vraiment notre avis. On nous a dit que ce serait bien pour nous d'être dans cette expérience. (Médecin, CH)

... confirmation ?

Je suis allé devant la CME, je leur ai dit que la comptabilité analytique reposait sur le découpage en secteurs, et **qu'il fallait** que l'on nomme un responsable financier par secteur. Ils savaient, à la CME, qu'il y avait le plan Mattei et se disaient « c'est un jeu de dupes ». Mais ils s'y sont prêtés volontiers. On a voté ce découpage et élu à la tête de chacun de ces pôles de comptabilité analytique et de ces unités fonctionnelles un responsable qui était médecin mais dont la responsabilité portait sur le niveau financier. Bon, ils étaient tous contents. **Cela s'est fait gentiment.** Nous avons eu le nombre de candidats nécessaires. Parallèlement nous commençons dans le cadre de l'expérimentation à parler des pôles. Tout naturellement nos secteurs comptables se sont confondus avec les pôles et **les médecins qui avaient accepté d'être référents sur les finances sont devenus chefs de pôles.** On a dit : « bon voilà, à la comptabilité analytique, on superpose les pôles. Le chef administratif d'une unité comptable devient chef de pôle ». **On a fait passer cela devant les instances de l'hôpital** et cela a été voté. Cette démarche n'a été possible que parce que les gens sentaient la nécessité de faire quelque chose, que nous ne pouvions pas continuer avec une organisation qui rencontrait des problèmes de toute nature. Du coup il n'y a pas eu besoin de les « martyriser » pour que la réforme se fasse. **Pour l'instant, nous sommes encore dans une démarche trop verticale, mais cela tient au contexte de la démarche.** (Médecin, CH)



Il y a une alliance entre les médecins leaders et le directeur d'établissement. Et cela a été le socle de l'organisation par pôles. Ces médecins font beaucoup mais surtout dans leur domaine médical, l'administratif ne les intéresse pas. (Directeur des Soins, CH)

*... et les autres ?*

Des directeurs de soins...

Les médecins, en dehors des leaders, ne se sont pas engagés comme directeurs de pôles. Ils le feront pour ne pas être en dehors du coup, surveiller ce qui se passe, maintenir ce à quoi ils tiennent, mais pour l'instant, dans les pôles ils laissent faire le directeur de pôle et le cadre supérieur. Ils participent aux conseils de pôles, mais cela ne va pas au delà. J'ai beaucoup regretté que les cadres ne soient pas présents dans les conseils de pôles où il n'y a que les cadres sup. Je pense que les infirmières, les aides soignantes, ne se sentent pas concernées par cette réforme. A mon avis, les gagnants ce seront les médecins. **Quant au directeur de soin, il n'y trouve pas sa place.** (Directeur des Soins, CH)

*Que pensez-vous de l'absence de la direction de soins au conseil exécutif ?*

**J'en pense que ce n'est pas admissible. Je vous le dis, tel que je le pense. Ce n'est pas admissible. Une voix, ce n'est pas beaucoup, mais aucune, c'est pire. Franchement, il n'y a aucune représentation des personnels soignants, avec leur sensibilité et leurs compétences qui sont quand même différentes. Ca, je ne le comprends pas, c'est inadmissible. Je ne sais pas si c'est spécifique à cet hôpital, mais c'est inadmissible.**

*Comment vous expliquez cela ?*

**Je ne sais pas bien ce qu'il y a derrière.** C'est pour cela que je suis vraiment intéressée par un retour de votre étude, parce que j'aimerais comprendre ce qu'il y a derrière tout cela. Je n'arrive pas à tout comprendre pour le moment. Mais il y a sans doute plusieurs explications.

**Il y a sans doute d'abord de notre côté un manque d'affirmation, un manque de compétences à notre propre niveau, un manque de professionnalisme. Mais il y a certainement aussi le fait que l'on avance des choses qui gênent, par exemple par rapport à la prise en charge du patient, par rapport aux choix à faire dans certaines organisations, peut-être même par rapport à certaines tarifications de la T2A. C'est sûr qu'on représente quand même une masse importante des personnels de l'hôpital, qu'on a quand même une zone d'influence et que certains ne veulent pas l'entendre. Ils ne veulent pas entendre l'avis des soignants, parce que cela pose des questions qu'ils ne veulent pas entendre. Il y a plein d'enjeux de pouvoir derrière.**

On peut aussi penser à une explication au niveau politique. La Nouvelle Gouvernance, elle a été pensée par le Ministère et qu'y a-t-il au Ministère ? Ce sont quand même souvent des médecins. La représentation infirmière au niveau du Ministère est faible : il n'y a qu'un ou deux conseillers soignants à la Direction des Hôpitaux.

**Et puis, il y a aussi l'explication par les sexes. Sans être féministe, je crois que nous, les soignants – qui sommes surtout des femmes –, on a plus à prouver que les médecins – qui sont surtout des hommes –.** Parfois, il suffit que notre coordonnateur – qui est un homme – aille voir tel chef de service sur sa zone d'influence, pour débloquer la situation. Moi, si j'arrive derrière avec un dossier bien ficelé, cela ne marchera pas. Je discutais de cela avec une de nos PUPH récemment ; elle me disait la même chose « Vous savez, moi aussi, en tant que femme PUPH, j'ai à prouver tous les jours ; pour arriver là où j'en suis, il faut que j'en fasse plus que les autres ». **Alors, c'est du ressenti, mais elle avait le même ressenti que moi. Je ne sais pas si c'est tout à fait un hasard... (sourire).** (Cadre Supérieur de Santé, CHU)

aux cadres et soignants,

**Dans la Nouvelle Gouvernance, il y a les textes mais il y a aussi la place que l'on veut bien se trouver dans une nouvelle organisation.** Je pense là évidemment à la direction de

soins, mais je pense aussi aux cadres de proximité. Les cadres ne participent pas au bureau et au conseil de pôle, mais ce n'est pas parce qu'elles n'y participent pas, qu'elles ne participent pas à la Nouvelle Gouvernance. C'est la même chose pour la direction de soins. **Ce n'est pas parce qu'elle ne participe pas au conseil exécutif ou au conseil de pôles, qu'elle ne peut pas participer à la Nouvelle Gouvernance : la direction de soins continue d'exister en tant que tel, avec ses possibilités de fonctionnement : la rencontre des cadres sup, la rencontre des cadres de proximité, la participation aux instances.** Il lui reste des marges de manœuvre. Alors, certes, les directions de soins ont moins de place qu'auparavant, mais elles ont toujours une.

*Que la filière soignante ne soit pas au conseil exécutif, c'est un problème selon vous ?*

**C'est une interrogation. Pas un problème, mais une interrogation. On se pose des questions. Pour autant, vu ce que l'on vit au niveau de l'expérimentation des pôles, on ne peut pas dire que les soignants soient écartés : ils sont présents au niveau des pôles, c'est tout. Mais bon, effectivement, c'est vrai que cela reste une interrogation, parce que les médecins ont vu leur rôle très renforcé avec la Nouvelle Gouvernance. Quels collaborateurs auront les soignants et les cadres dans cette nouvelle organisation ? Leur reste-t-il une place à trouver à côté des médecins ?** (Cadre Supérieur de Santé, CH)

des agents de service hospitaliers...

Nous étions d'abord dans le pôle logistique et puis là nous sommes dans un nouveau pôle mais... je ne sais pas comment il s'appelle. **Les horaires de travail n'ont pas changés, la charge de travail n'a pas changée non plus... en fait, cela n'a pas changé grand chose.** Plus d'une dizaine de services ont été regroupés... mais à notre niveau, au quotidien, on travaille toujours de la même façon. Ce sont les services qui continuent de nous solliciter et pour ce qui est de notre hiérarchie, cela reste une surveillante. Avant les pôles et après les pôles ? **Je n'ai pas l'impression que les gens savent ce que ça veut dire tout ça.** Je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une réelle information là-dessus, **peut être que les gens s'en foutent un peu**, tant que ça ne change pas leur quotidien. Je crois que les gens n'ont pas bien perçu ce que c'était, ce que ça voulait dire, ce que ça allait impliquer, moi le premier. C'est quelque chose d'assez technique, je ne veux pas nous rabaisser mais, qu'est ce qu'on peut apporter dans tout ça, nous brancardiers ? Mais pour les médecins c'est la même chose. J'ai l'impression qu'ils s'en foutent un peu aussi. À part certains qui sont impliqués administrativement dans l'hôpital, les autres s'en moquent. C'est d'abord perçu comme une réforme administrative. (Brancardier, CH)

... aux agents administratifs,

- Que pensez-vous de cette réorganisation par pôles ?

**On n'en pense rien avec mes collègues.** Ces changements sont importants pour les médecins surtout et peut être aussi pour le personnel infirmier qui est amené à changer de position à l'intérieur du pôle, ils tournent sur les postes en cas de besoin de remplacements. Vous comprenez, c'est cela le problème. Il y a des problèmes d'effectifs donc on puise dans les personnels du pôle pour combler. Avant quand il manquait quelqu'un, ils embauchaient à l'extérieur maintenant je ne sais pas s'ils vont continuer de le faire. Pour moi la Nouvelle Gouvernance c'est les pôles. C'est vrai que, si j'étais à la direction, j'aurais peut-être un autre regard. On a eu de l'information avec le journal de l'hôpital et les informations jointes à la feuille de paie ; on a aussi de l'information sur l'intranet. Dans l'ensemble on ne nous a pas demandé notre avis sur cette réforme. (Secrétaire médicale, CH)

... la NG n'est pas l'affaire de tous.

L'une des raisons pour lesquelles la réorganisation n'est pas toujours perçue dans ses incidences tient au fait que le travail quotidien d'une grande partie des professionnels n'a pas

changé. Ils font toujours les mêmes tâches et conservent toujours un interlocuteur au plan local. La réforme n'est donc que vaguement identifiée ; **tout ce qui se met en place est lointain et paraît comme une affaire de cadres, de dirigeants.** Ce n'est pas pour eux, ils n'appréhendent pas la démarche de façon approfondie. Il faudra sûrement du temps et l'on devra aussi beaucoup informer et communiquer mais je me dis que ce n'est pas propre à la nouvelle organisation. (Directeur, CHU)

On n'a pas de représentant direct dans le pôle pour le service brancardage ; enfin c'est notre cadre qui est représentant, mais elle n'est pas là que pour nous, elle représente aussi les autres catégories des 13 ou 14 services. Elle nous représente quand c'est nécessaire mais il faut reconnaître qu'on est une quantité négligeable numériquement par rapport à toutes les catégories de tous les services du pôle. Cela dit, on a quand même un rôle certain dans l'établissement parce que quand on va chercher quelqu'un, on présente la vitrine de l'hôpital, c'est à nous que les gens parlent. On a un rôle distrayant, on essaye de faire passer les choses avec humour quoi. On discute, les gens, cela les occupe un petit peu. **De façon plus générale, on pourrait nous demander notre avis plus souvent. Des fois, il n'y a pas lieu de le donner, mais on ne nous le demande jamais quoi.** Le directeur passe dans les services, mais il n'est jamais venu chez nous. **Nous, on n'existe pas ! Peut-être parce qu'on est trop petit.** (Brancardier, CH)

#### ***4.5. A propos de l'ordonnance du 2 Mai***

De compromis...

Vous savez, je crois que le texte initial, le projet de Mattei était excellent. Je ne sais pas si on aurait pu faire la même chose avec un autre texte avec un autre projet gouvernemental que celui-là. Mattei était courageux et son projet Nouvelle Gouvernance était très bien. La preuve c'est qu'il a rencontré l'opposition essentiellement de qui ? De tous ceux qui représentent les hôpitaux pleins de gens figés et qui ne voulaient rien bouger. L'archétype c'est la conférence des hôpitaux généraux. Le ramassis de tous les petits hôpitaux de partout qui ne veulent pas qu'on bouge leur petit truc, leur machin dans leur organisation... Chaque médecin a son petit avantage acquis, qu'il ne veut pas lâcher. Le projet initial de Mattei s'attaquait à cela ; lui, connaissait très bien l'hôpital et son projet « hôpital 2007 » c'était vraiment gouverner l'hôpital autrement. **À l'heure où nous parlons, les textes ne sont pas encore sortis (l'entretien s'est déroulé avant le 2 mai 2005) mais avec le nouveau ministre, je crains le pire ; c'est l'Express qui résume bien le sentiment : « On fait à la Douste ! » C'est-à-dire qu'on ne fait rien. C'est cela le drame de cette réforme, c'est Douste-Blasy. Il va tout faire pour ne pas faire de peine à un syndicat ringard.** Enfin bon voilà. (Médecin, CH)

... en reculades...

Avant que les textes ne sortent, les médecins avaient toute une série d'inquiétudes. Ils craignaient que soit portée atteinte à leurs prérogatives, notamment à celles des chefs de service. Je crois que l'ordonnance telle qu'elle est les rassure. Les chefs de pôle quand ils étaient chefs de service, chez nous, ont démissionné de leur chefferie et laissé la place à leur adjoint. Pour la participation au Conseil Exécutif cela s'est également passé sans difficulté. Il n'y a pas eu d'élections mais une liste a été établie par la communauté médicale sous la responsabilité du président et vice-président de la CME laquelle a avalisé la liste proposée. Nous avons respecté la présence des doyens dans le Conseil Exécutif, tel que l'ordonnance l'exige aussi. **Pour les chefs de pôle, l'ordonnance rend obligatoire leur inscription sur une liste d'aptitude nationale. Nous ne partageons pas l'idée qui est derrière et qui consiste à situer au niveau national la compétence de savoir qui doit ou peut être chef de pôle. Cela risque de conduire les médecins à s'auto-adouber. Il y a des risques d'erreurs importantes avec ce système. Je ne sais pas si ce système, qui rappelle celui du CNU, est**

**très sain. Je crois qu'il vaut mieux laisser aux établissements eux-mêmes le soin de savoir qui peut, ou non, assumer cette fonction de chef de pôle.** Le ministère a été obligé d'accepter ce compromis pour sortir l'ordonnance. Enfin, on peut quand même espérer que l'établissement va garder la maîtrise des nominations des responsables de pôles. (Directeur, CHU)

... sans décrets d'application

La situation est d'autant plus difficile pour de petites équipes qu'aucun décret d'application n'est sorti et que du coup, il faut faire avec les seuls textes existants, c'est-à-dire avec les ordonnances du deux mai avec ce qu'elles entraînent, ou pas, de modifications des lois de 91, de 70 et de 58. Les instances anciennes demeurent, mais de nouveaux équilibres sont à penser entre le Conseil Exécutif, la CME, le Directeur, le CA... Les organisations syndicales râlent un peu et elles n'ont pas tort car on ne sait rien de ce que seront les décrets. (Directeur Général, CHU)

## 5. Comment mettre en œuvre une Nouvelle Sociologie de l'Hôpital ?

Comment mettre en œuvre la Nouvelle Gouvernance, quelles sont les principaux enseignements que tirent les promoteurs des expérimentations de la réforme, quels conseils peuvent-ils donner à leurs collègues qui ont quelques mois devant eux pour mettre en œuvre ce nouveau dispositif ? Telles étaient quelques-unes des questions auxquelles les « voix de l'expérience » étaient supposées répondre. En guise de conclusion de ce découpage thématique, et avant que le lecteur ne puisse découvrir au travers des portraits proposés dans la seconde partie du document des propos plus détaillés encore sur ce qu'il « conviendrait de faire (ou de ne pas faire) », quelques directions sont ici suggérées par nos interlocuteurs. De façon synthétique, les témoignages recueillis énoncent le principe qu'il vaut mieux ne pas sacrifier aux exigences formelles que contiennent les textes si le désir de transformer la Nouvelle Gouvernance en une nouvelle sociologie de l'hôpital est bien l'objectif prioritaire de la réforme entreprise mais... « est-il bien celui-ci » se demandent nos témoins ?

### *Accompagner...*

Nous avons, pour rapprocher les pôles entre eux et éviter qu'ils ne s'isolent trop des expériences conduites dans les pôles voisins, mais aussi pour maintenir un lien entre les directions fonctionnelles et les pôles, créé une instance de regroupement. Cette instance se réunit régulièrement ; elle associe, selon une rotation qui permet - sur une année - à chaque équipe de pôle de rencontrer toutes les autres équipes, deux ou trois quatuors pilote de pôle et les représentants de telle ou telle direction fonctionnelle selon les sujets qui sont à aborder. On a là l'occasion d'échanger des informations mais aussi d'évoquer ce qui pourrait éventuellement coïncider dans les échanges entre les pôles et les équipes des directions fonctionnelles. Ce type de rencontre peut faciliter la régulation des équipes travaillant dans les pôles et celles des directions dont une partie des agents doivent de fait se tourner plus résolument vers les pôles. (Directeur, ½ directeur de pôle, ½ directeur fonctionnel, CHU)

### *Ne pas se tromper de réforme...*

Pour autant que je puisse m'autoriser des conseils, la toute première chose que je dirais, c'est de ne pas vouloir mélanger les genres, c'est-à-dire de **ne pas vouloir faire avec cette réforme autre chose que ce pour quoi elle est faite.** Je veux dire par là que, pour certains établissements, la tentative de plaquer l'organisation par pôles sur des montages antérieurs risque d'être forte et, dans ce cas de figure, le risque de l'échec est important. Par exemple, un établissement qui ne serait pas parvenu antérieurement à faire soutenir par les pouvoirs publics

un projet architectural et qui voudrait en profiter pour le ressortir des cartons en l'habillant avec la Nouvelle Gouvernance pourrait se retrouver dans une situation d'échec. En externe, comme en interne. Si on met sous le couvert de la Nouvelle Gouvernance n'importe quelle démarche on est condamné à se « faire piquer à la douane » par les personnels, les organisations syndicales, les partenaires publics. Il faut annoncer clairement aux partenaires sociaux ce que l'on souhaite faire en pointant l'intérêt comme les limites de l'action pressentie. (Directeur Général, CHU)

### *Se faire aider...*

Certains établissements de taille modeste sont très démunis sur cette réforme ; ils sont complètement « à poil » même ! Ceux-là ne doivent pas se lancer seuls, sans aide externe, d'où qu'elle vienne (des cabinets de consultants, le ministère, la MEAH) et ils doivent aussi regarder autour d'eux ce qui a été fait par les autres établissements. Il ne faut pas s'embarquer là-dedans sans comprendre l'esprit de cette réorganisation que suppose la Nouvelle Gouvernance. (Directeur Général, CHU)

### *Analyser le contexte et répondre avec un projet... médical !*

**Il faut éviter de partir tête baissée en découpant les pôles de façon un peu arithmétique** sans avoir analysé les équilibres de l'établissement. Quelle est l'actuelle structuration de l'établissement, quels sont les projets en présence ? Si on plaquait l'organisation par pôles sur un hôpital sans réels projets, à partir d'un découpage formel, arithmétique ou autre, cela me paraîtrait très inquiétant. Dire : « je vais faire quatre pôles et derrière je fais un projet d'établissement » à mon avis, c'est se planter de priorité dans la démarche.

**Le découpage de l'établissement en pôles n'est pas un point de départ mais l'aboutissement d'une analyse. Du coup, on ne peut se contenter de dupliquer ce qui s'est fait ailleurs.** Par exemple, il faut tenir compte dans cette analyse des indications que fournit le SROS. Celui-ci pointe les besoins de la couverture médicale d'un territoire. On ne peut ignorer les critères qu'il pose. Pour notre part, nous avons pour élaborer notre projet médical tenu compte des caractéristiques du bassin de santé. La population locale a des caractéristiques d'âge, des pathologies plutôt marquées et nous avons pris appui sur ces données pour construire notre démarche.

**Dans cette perspective, les équipes hospitalières, en France, doivent savoir que certains plateaux techniques devront convertir leurs activités ou seront conduits à fermer. Les équipes ne peuvent ignorer cela dans la définition de leurs projets.** Au plan national, on manque de soins de suite et de réadaptation, ces indications méritent d'être mobilisées lors de la définition de projets. Certains établissements vont jouer le jeu, d'autres, par trouille, vont le refuser craignant de se faire avoir et comptant sur la mobilisation des élus locaux le moment venu pour s'opposer à telles ou telles fermetures ou réorganisations. Ceux-là qui veulent tout garder dans des secteurs où cela n'est plus possible auront du mal. L'organisation sanitaire dit à la profession : « Faites-moi des propositions pour reconverter ce qui ne fonctionne pas ». Certains médecins, certains représentants des personnels bloquent, certains directeurs ont peur. Ces blocages appellent les blocages ; il risque d'y avoir un phénomène d'entraînement. **La Nouvelle Gouvernance peut être une opportunité. Le projet médical doit tenir compte des besoins de la population qui sont connues par les observatoires régionaux de santé. Et il n'y a pas d'organisation par pôles de l'hôpital sans un projet médical.** (Directeur Général, CHU)

### *Vous êtes déjà en retard donc... pas de précipitation !*

Avant de lancer notre expérimentation avec le soutien du ministère, nous avons depuis deux ans déjà lancé de premiers pôles d'activité. La réflexion était donc engagée à l'échelle de l'établissement. Nous avons mis en place un comité de pilotage qui rassemblait les

représentants de toutes les catégories de professionnels et qui a largement préparé le terrain. Ceux qui n'ont rien entrepris dans cette direction ne pourront tenir les délais fixés par l'ordonnance. **Cela peut constituer un piège que de vouloir respecter les délais d'application de l'ordonnance qui veulent qu'en janvier 2007, la Nouvelle Gouvernance soit en place partout. Personne n'y croit car il faut que les gens préparent le terrain et cela prend du temps.** Si on veut aller vite on peut toujours prendre des sociétés de conseil même si je trouve dommage que l'on ne parvienne pas soi-même à définir un projet et une démarche. Mais, dans certains cas, cela peut être très utile. Mais même avec des appuis de sociétés de conseil, **c'est totalement illusoire que de croire que la Nouvelle Gouvernance sera en place fin 2006 là où les équipes n'avaient encore rien engagé.** À mon avis, il y aura un amendement repoussant la date échéance. **Vis-à-vis des textes, nous avons eu la chance d'être engagés dans l'expérimentation ce qui fait que nous bénéficions d'une clause qui nous émancipe un peu des contraintes qu'ils introduisent. C'est ce que nous appelons l'amendement liberté.** Pour autant, si cela n'avait pas été le cas, nous n'aurions pas fait ce que nous savons ne pas être possible au prétexte que cela aurait figuré dans les textes. **Quand les textes sont dans l'erreur,** comme dans le cas, par exemple, de cette exigence de nommer les responsables de pôles sur la base de leur inscription sur une liste d'aptitude nationale (ce qui alourdit inutilement la démarche et relance le jeu du lobbying à tous les niveaux), **Ici, nous sommes tous d'accord : « On s'assoit dessus ».** (Directeur Général, CHU)

### *Manager la réforme, c'est savoir... jouer avec les textes*

**Il faut savoir jouer avec les textes, celui de la Nouvelle Gouvernance, comme les autres. Le problème, c'est qu'il y a toute une culture des directeurs qui sont formés par l'Ecole de Rennes à appliquer des réglementations, à suivre à la lettre les textes. Ils émettent des craintes sur les textes, mais quand les textes laissent des espaces de liberté, personne ne s'y engouffre.** L'amendement liberté qui a été voté, il n'a jamais été utilisé en France : un amendement liberté qui disait « Vous pouvez faire tout ce que voulez, c'est le conseil d'administration qui décide de tout ». **Il y a, à mon avis, une vraie frilosité des directeurs et beaucoup de discours contradictoires. Le corps des directeurs est pourtant en train de jouer un enjeu professionnel majeur pour l'avenir de la profession : s'ils n'intègrent pas des capacités de management et d'innovation un peu différentes de ce qu'on leur apprend, les directeurs sont morts, on n'aura plus besoin d'eux.** (Chargé de mission, CHU)

## **2<sup>nde</sup> PARTIE : PORTRAITS**

Au travers des pages qui suivent, nous avons tenté de restituer, aussi complètement que possible les témoignages que nos interlocuteurs ont bien voulu nous livrer. Si nous avons intitulé cette partie du document « portraits », c'est moins parce que les acteurs se peindraient eux-mêmes, dressant un tableau de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font, qu'en raison de leur façon de « **portraiturer** » leurs situations de travail et leurs établissements.

Différemment de l'option retenue dans la partie précédente de ce texte, où le découpage thématique proposé laissait une place importante à la propre construction des chercheurs ayant conduit les investigations de terrain, **les « portraits » ici présentés n'ont pas été l'objet d'un classement analytique.** Bien sûr, pour accompagner le lecteur, nous avons placé en caractères gras quelques passages clefs de chaque entretien ou encore fait figurer quelques sous-titres de paragraphes ; mais, en dehors de ce surlignage, les propos livrés l'ont été de façon aussi littérale que possible (ce qui n'exclut évidemment pas le travail de traduction mentionné dans notre introduction). **Sans doute la lecture est-elle rendue plus difficile par cette absence de « classification analytique », mais, en contre-partie, le matériau présenté gagne, nous semble-t-il, en densité.** Ainsi, le lecteur pourra-t-il constater que, si toutes les questions évoquées précédemment réapparaissent (**rappelons que nous avons choisi de n'exploiter dans la 1<sup>ère</sup> partie que des extraits d'entretiens n'apparaissant pas dans cette 2<sup>nde</sup> partie**), elles sont souvent agencées de telles façons par nos interlocuteurs que leur mode d'exposition les nourrit en complexité. **Du coup, le questionnement que suggère la lecture des témoignages s'enrichit.**

Si la voix des professionnels est ici présentée sous une forme aussi « brute » que possible, il n'en reste pas moins que nous avons, là encore, opté pour **une série de choix de présentation** qui méritent quelques précisions.

**Notons, tout d'abord, que les « portraits » ont été classés selon une logique qui partait volontairement de la base de la pyramide hiérarchique de l'hôpital pour remonter jusqu'aux fonctions de Directeur Général.** Cette inversion des ordres de grandeurs hiérarchiques avait pour nous une signification à la fois symbolique et répondait, en outre, à ce que nous avons perçu des intentions de notre commanditaire. Les soignants sont ceux que l'on entend le moins à l'hôpital alors qu'ils constituent la part numérique la plus importante des effectifs hospitaliers. Nous souhaitons ne pas reprendre à notre compte cette logique paradoxale qui veut que les plus nombreux sont ceux que l'on écoute le moins ; nous tenions ainsi à leur donner la première place dans ce texte. Par ailleurs, la commande de la Meah spécifiait que c'étaient les voix de ceux qui ne se font jamais entendre ou celles auxquelles on ne prête pas forcément attention que l'investigation sociologique devait faire émerger ; cela exigeait donc que brancardiers, ASH, AS, secrétaires, infirmières... soient nos premiers « portraitistes ». Évidemment, le lecteur pourra aisément constater qu'un Directeur Général est souvent beaucoup plus « bavard » que n'importe quel membre de son personnel ; cela nous semble constituer un indicateur moins de la densité de ce que les gens ont à dire que de la position statutaire occupée par les uns et les autres et qui, dans le cas des directeurs, offre une réelle facilité d'accès à l'information et prépare à la fréquence de l'exercice oral.

En première intention, après avoir classé nos « portraits » sur la base des catégories professionnelles, nous souhaitons ordonner les témoignages selon que les positions émises par nos interlocuteurs se trouvaient être, ou non, favorables à l'application de la NG. Partir d'opinions très critiques pour arriver à des points de vue enthousiastes nous semblait possible. Ce parti-pris fut impossible à tenir. En effet, toutes les positions exprimées, qu'elles le soient par des ASH, des médecins, des directeurs d'hôpitaux, sont porteuses d'une telle complexité qu'il nous est apparu impossible de dégager une gradation lisse et continue,

**conduisant des critiques les plus vives aux avis les plus positifs.** Ainsi, chez les plus enthousiastes, partisans revendiqués et affichés de la NG, se trouvent exprimées des réserves fortes, et parfois une sorte de suspicion générale : « ne serions-nous pas victimes d'un jeu de dupes » se demandent certains ? À l'inverse, chez ceux qui se donnent comme résolument hostiles à la réforme, on peut trouver des comportements d'implication surprenants, reposant sur l'idée que : « mieux vaut en être pour tenter d'infléchir ce qui se met en place ». **La complexité domine dans presque tous les cas : un classement entre « les pour » et « les contre » aurait donc été beaucoup trop sommaire.**

Parmi nos témoignages, quelques voix de soignants syndicalistes se font entendre. Il est à noter que, ceux-là, toutes appartenances syndicales confondues, sont souvent très diserts sur la réforme. En effet, alors que souvent les soignants sont peu informés de ce que sont les implications de la NG, les syndicalistes sont très au fait de la réforme ; ils ont une opinion sur presque tous ses aspects (des pôles au Conseil Exécutif en passant par les différents aspects financiers du nouveau dispositif), alors que leurs collègues de mêmes catégories professionnelles, sont la plupart du temps beaucoup moins bien informés et donc nettement moins prolixes. Pour situer les propos de nos interlocuteurs, nous avons donc décidé quelques fois de spécifier s'ils étaient syndiqués ou non, sans préciser néanmoins leur syndicat d'appartenance pour maintenir l'anonymat.

Plus généralement, la question de l'anonymat nous a conduit à supprimer toutes les informations qui faciliteraient l'identification de celui qui parle (suppression des services mentionnés, modification de telle ou telle indication trop précise telle que : « président de CME ou de CCM, Directeur du pôle *lambda*, ... ) et parfois même à brouiller un peu les pistes. Cette précaution ne nous semblait pas secondaire sachant que l'identification des personnes rencontrées serait probablement impossible à tout lecteur totalement étranger à la recherche mais qu'elle pourrait s'avérer beaucoup moins difficile à ceux qui, nous ayant vus au sein de leur établissement, chercheraient probablement à reconnaître « les portraitistes ».

**Les 23 témoignages qui suivent, à la condition que le lecteur ne se décourage pas de les découvrir chemin faisant, donnent une image saisissante des questions que se posent aujourd'hui les professionnels de l'hôpital public.** Les quelques pages d'analyse et de synthèse que nous avons proposées dans notre introduction sont loin de rendre compte de la richesse qu'ils contiennent. Rien ne saurait donc remplacer la lecture du compte-rendu que les hospitaliers font de leur monde ; en tous les cas, **le compte-rendu de ce compte-rendu que nous avons suggéré plus haut ne saurait se substituer à ces voix qui, dans les 100 pages qui suivent, décrivent l'hôpital public d'aujourd'hui face à la Nouvelle Gouvernance et plus généralement aux réformes hospitalières.**



## **Portrait 1 : Aide-soignante, CH**

### **LA NOUVELLE GOUVERNANCE ? UN SUJET LOINTAIN**

*- Que pensez-vous de l'organisation en pôles et du fonctionnement général de cette nouvelle organisation ?*

**Je n'en pense pas grand-chose car je ne suis au courant de rien. On a entendu qu'il y avait une histoire de pôles avec des services qui se regroupaient, mais on n'en sait pas grand-chose dans le service. Nous, on est le pôle X et cela, depuis bien longtemps. Après, ce qu'ils font au niveau de l'hôpital, je ne sais pas trop. Ce que je sais, c'est que l'activité s'accroît sans cesse, que chaque année, le chef de service exige que l'on fasse plus d'actes que l'année précédente. C'est sans doute bon pour sa carrière. Pour marquer des points pour changer de catégorie, il a sûrement besoin de cette progression constante. C'est sans doute bon pour son avancement.**

**Les pôles ? La nouvelle Gouvernance ? Non je ne suis pas au courant, mais c'est peut-être que le bâtiment du service est loin de l'administration de l'établissement.**

*Votre chef de service est chef de pôle ?*

**Je n'en sais rien. Je ne sais même pas s'il y a un chef de pôle. On n'est pas au courant de tout.**

*- Avec l'ancienneté qui est la vôtre, vous avez une vision d'une vingtaine d'années sur ce qui s'est passé dans cet hôpital. Qu'est-ce qui vous paraît essentiel ?*

**Et bien, ce qui me paraît le plus évident, ce sont les restrictions de personnels, de matériels. Plus les directeurs changent et moins on a de matériel. Par exemple, je demande depuis des mois un chariot à linge pour transporter le linge de façon plus pratique et plus hygiénique, et bien je ne réussis pas à l'obtenir. On ne sait pas si on nous le refuse parce qu'il n'y a pas de moyens ou si cela ne remonte pas à cause de notre cadre. Le chef de service, quant à lui, il s'en moque, il nous dit « Voyez avec votre cadre ». Il n'est pas concerné. **Il ne nous voit pas. On est invisible.** Avec les maladies nosocomiales, avec la démarche qualité, on nous dit : « L'hygiène ! L'hygiène ! », mais le chariot qui éviterait que le linge traîne partout et soit transporté n'importe comment, on nous le refuse.**

*- Cette question est en rapport avec l'amélioration de la qualité à l'hôpital. Avez-vous participé à la préparation de l'accréditation ?*

On a eu des échos par les copines qui allaient dans les groupes de travail. C'est sûr qu'il y a des choses à faire sur ce plan car nous avons beaucoup de maladies nosocomiales. Mais pour nous, ce n'est pas toujours simple. Par exemple, l'hygiéniste nous donne des classeurs complets de procédures à respecter, de précautions à prendre, mais on n'a pas le temps de les regarder, on court tout le temps. On a des classeurs entiers faits par l'hygiéniste sur les précautions à prendre. Mais on n'a pas le temps de les regarder, on court tout le temps.

Je vous donne un autre exemple la dernière fois, il a fallu désinfecter les blocs opératoires. Cela veut dire que l'on sort le matériel, qu'on le désinfecte puis qu'on fasse la même chose avec le bloc vide. Cela prend un temps phénoménal à tout sortir et à tout nettoyer. Les collègues nous reprochent de ne pas aller assez vite quand on le fait ; il va falloir qu'on pense à mettre des patins à roulettes ! Elles ne se rendent pas compte qu'on trime et que l'on nous sollicite de tous les côtés. Avant, on faisait juste la désinfection des blocs et les ASH faisaient le ménage, mais maintenant, il y a un texte qui interdit aux ASH de nettoyer le bloc. Donc c'est du travail en plus. L'administration ne perçoit pas toutes les tâches qui incombent aux personnels. Ils voient cela sur le papier, mais c'est tout simplement infaisable. Donc, comme ce n'est pas possible, on ne le fera pas. Ce n'est pas qu'on ne veut pas, mais on ne peut pas.

*- Que va-t-il se passer si on vous dit « cela doit se faire quand même » ?*

Et bien le chef de service qui a demandé cela, attendra. Quand on pourra, on fera, car on n'a pas de mauvaise volonté, mais si on ne peut pas, on ne peut pas. On est toutes d'accord. Mais le chef de service ne nous dira rien directement. Il passera par le cadre. **Il ne nous adresse jamais la parole directement.**

*- Le Conseil Exécutif que prévoit la Nouvelle Gouvernance et qui est une nouvelle instance de l'hôpital et qui a été mis en place ici depuis quelque temps, qu'en savez-vous, qu'en pensez-vous ?*

**On ne sait pas : on ne nous en parle pas.**

*- Je continue mes questions sur les réformes hospitalières ? **Que pensez-vous de la T2A dont on parle beaucoup à l'hôpital ?***

**Nous, on ne sait pas ; ce sont les médecins qui le font.** On a des informations par l'intermédiaire des collègues infirmières ou, parfois, on glane aussi des informations quand le chef de service les donne aux infirmières ; si on est là, on écoute. **Pour nous, les moments d'informations et d'échanges qui nous sont consacrés explicitement, c'est une fois par an.** Et encore, il faut que l'on fasse passer nos questions par écrit à l'avance en les déposant dans une petite boîte. Dans l'année, lorsque l'on a une question et que l'on interroge le chef de service, il nous renvoie vers le cadre « Voyez avec elle ! ». **Pour nous, ce qui serait important, plus que les réformes dont vous parlez, c'est une collègue en plus dans le service et que l'on dialogue un peu avec nous car on ne se sent pas reconnues.**

## **Portrait 2 : Aide-soignante, CHU, Syndiquée**

### LA NG, UNE REFORME PERCUE COMME MAJEURE MAIS PAS PAR TOUS

*- Est-ce que la Nouvelle Gouvernance ou les pôles, c'est un enjeu majeur des discussions et des prises de positions syndicales ou est-ce que c'est à la marge par rapport à d'autres...*

Ah, si, si, si. **C'est un enjeu majeur, même au niveau national. C'est un enjeu, parce que l'on sait bien que cela va vraiment changer la face de l'hôpital, de l'hôpital en général. Mais ce ne sont pas des discussions qui intéressent facilement le personnel. Quand on fait des réunions d'information ou de bilan sur les pôles, on n'a pas grand monde.** Et puis le personnel qui faisait partie des premiers pôles expérimentaux a fait des retours catastrophiques. Les représentants du personnel nous ont dit : « On n'est pas entendu ; on n'est pas écouté ; ça sert à rien ; toutes les décisions sont prises avant ; on nous dit : « Il va se passer ça, ça et ça » et c'est jamais une discussion, un échange où on peut faire des propositions ». Mais bon, évidemment, ce n'est pas la version de la direction. La direction dit : « Ca s'est bien passé, il y a eu quelques petites erreurs qu'on va essayer justement de ne pas reproduire (sourire), mais tout va bien ! » (sourire).

### UN TRANSFERT DE POUVOIR DE LA DIRECTION AUX MÉDECINS ET AUX CADRES

*- Les directions fonctionnelles dans cette nouvelle organisation, vous en pensez quoi ?*

Ah ça, ils sont tranquilles, ils ne vont pas être embêtés...

*- Tranquilles au point quasiment d'être inutiles ?*

C'est ce que je lui ai dit, moi, au directeur. Au début même, les directeurs référents dans les pôles, ils n'avaient pas de pouvoir, ils ne signaient pas les contrats de pôles, ils ne signaient rien. Donc, moi, je lui avais dit : « **Vous servez à rien** », je lui avais dit « **Vous savez, Mr le directeur, vous pouvez garder le directeur général, éventuellement son adjoint, et puis le reste, vous pouvez licencier, ça ne sert plus à rien, vous êtes en train de donner tout ce que vous étiez en train de faire, vous êtes en train de donner le pouvoir aux médecins et aux cadres supérieurs, vous ne servez plus à rien** ». Il m'a répondu « **Ne vous inquiétez pas** ». Alors, peut-être qu'ils ont envie de ne plus servir à rien pour ne plus être embêtés. C'est vrai que le directeur du personnel et le directeur des soins, nous, les représentants syndicaux, on les sollicite souvent : lorsqu'il y avait des difficultés de personnel dans les services, on les sollicitait tous les jours, tous les jours. **Maintenant, là, ils vont être tranquilles.**

### TRIO OU QUATUOR DE PÔLE ?

*Est-ce qu'il y a un sentiment dans le conseil de pôle que les décisions se prennent... ailleurs ?*

Oui, oui. Oui, sentiment qu'elles se prennent à l'avance au niveau du trio de pôle.

*Vous dites « trio de pôle », on nous parle parfois de quatuor avec l'assistant de pôle...*

Dans notre pôle, eux, ils disent « trio de pôle ». Parce que quand nous, les organisations syndicales, quand on rencontre les responsables du pôle, c'est toujours le trio : le médecin, le directeur et le cadre sup. L'assistant de pôle n'a pas son mot à dire : il n'est pas là pour décider, il va appliquer (rires)...

### POINT DE VUE SUR L'IMPLICATION DU DIRECTEUR DE PÔLE

Maintenant, quand on a un problème de personnel dans un service, on ne doit plus rencontrer le directeur du personnel mais le trio de pôle. Ce n'est pas satisfaisant. **Le médecin directeur du pôle, je le connais bien, il en a rien à foutre des problèmes du personnel, il est là, il écoute, mais il ne fait rien, il n'en aura jamais rien à foutre du personnel ; même s'il est très gentil, ce qui compte pour lui, c'est de paraître dans les réunions, c'est que son pôle réussisse.** Aller dans les réunions de direction pour faire valoir le projet de pôle, ça lui va, mais les problèmes de personnel, le fait que l'on n'ait plus le temps de faire les toilettes des patients, que les personnels à temps partiel soient obligés de faire des heures supplémentaires sans savoir quand on pourra leur faire récupérer ... ça, ça ne les perturbe pas.

### L'EXCLUSION DES SOIGNANTS DU CONSEIL DE PÔLE ET LE POUVOIR DES CADRES

*Comment est constitué le conseil de pôle ?*

**C'est intéressant parce que ça montre bien que l'on est exclu, nous, les personnels soignants. Regardez, dans notre pôle, il y a plus de 400 personnels soignants et une dizaine de médecins. Au conseil de pôle, il y a tous les médecins, tous !** Et comme la direction a décidé que cela serait paritaire, il y a autant de représentants du personnel. 10 médecins, 10 représentants des personnels ! Mais, par contre, tous les cadres sont au conseil de pôle. Mais je peux vous dire que ce n'est pas elles qui représentent le personnel. Ca, je peux vous l'assurer... (sourire)

*Vous semblez remontée contre les cadres soignants...*

Je suis remontée parce que **je trouve que les cadres ne représentent pas le personnel, qu'elles ne prennent jamais la parole face à la direction pour dire quelque chose sur les personnels.** Bref, elles sont dans le corps de direction. Nous, les représentants du personnel, les personnels aussi, on a souvent plus avancé directement avec les médecins ou la direction qu'avec les cadres. Elles vont parfois au-delà de ce que propose la direction, ou alors, **c'est « Amen à tout »** (sourire). **Mais je comprends, après tout : la direction fait tout pour les appâter. La direction a besoin des cadres pour mettre en place cette politique de Nouvelle Gouvernance, cette politique de pôles : c'est elles qui font les réunions de service pour essayer d'organiser, uniformiser le pôle.** Pour que les cadres réagissent pas trop, la direction a laissé la gestion de leur groupe à la Direction du Personnel. Toute la gestion du personnel dépendra du trio de pôle, sauf la gestion des cadres et des cadres supérieurs, qui, elles, dépendent toujours de la Direction Générale et de la Direction des Services de Soins. Il y a bien une différence : elles, si elles veulent changer de pôles, elles vont voir la Direction des Soins, elles changeront de pôle sans problème. Donc, la direction leur donne des acquis pour qu'elles ne refusent pas. **Je ne leur en veux pas mais je leur dis des fois : « Vous voyez pas qu'on vous utilise pour mettre en place cette pénurie ? ». Mais non, elles, elles y voient des avantages.**

## LA GESTION DU PERSONNEL ET LA QUESTION DES MUTATIONS

*- Quels sont les grands points d'achoppement de la réforme sur lesquels vous avez manifesté votre mécontentement ?*

D'abord, le fait que le personnel ne va plus dépendre maintenant de la Direction du Personnel mais du trio de pôle. **On est intervenu pour dire que l'on n'appartient pas à un trio de pôle, on appartient à notre Direction du Personnel.** Imaginez que vous soyez dans un pôle et que vous vouliez changer de service : si un poste se libère dans un autre pôle, vous ne pouvez pas postuler pour ce poste ; le recrutement se fait d'abord à l'intérieur du pôle et c'est seulement si personne ne postule à l'intérieur du pôle qu'ils feront appel à l'extérieur. Imaginez aussi que vous vouliez faire une formation pour changer de pôle, vous ne serez pas prioritaire parce que cela ne correspond pas à votre pôle. Ca veut dire qu'on risque d'être coincé. **Ils appellent à la mobilité, mais c'est la mobilité comme eux ils l'entendent, pas comme nous, les personnels, on la voudrait.** Jusqu'à maintenant, quand j'avais envie de changer de service, j'allais voir la Direction du Personnel, je demandais à changer de service, je faisais toujours des propositions, et j'ai toujours été acceptée, même s'il fallait parfois attendre plusieurs mois. Maintenant, c'est plus ça.

## LA POLYVALENCE

**Un des plus gros problèmes de la Nouvelle Gouvernance, c'est la polyvalence. Nous, on a voté contre.** Voilà ce que ça sera la polyvalence à l'intérieur du pôle : **« Ce matin, il y a 5 infirmières dans un service, 2 dans un autre, hop, il y a en une qui ira de l'autre côté ».** Et je ne parle pas dans le vide. Ca se fait déjà pour les aides-soignantes du pôle X : elles tournent sur plusieurs ailes.

*Est-ce que la mise en place des pôles a rajouté de la polyvalence ou pas ?*

Oui, oui, énormément. En mettant les équipes les unes contre les autres. En disant « Dans l'aile d'à côté, elles faisaient 6 week-ends, vous, vous n'en faites que 3, c'est pas normal, donc il faut tourner ». Les cadres disent que tout le monde est d'accord, mais c'est à voir. Par exemple, ceux qui travaillent en hôpital de jour ne sont pas d'accord.

*Que disent les personnels de la mise en place des pôles ?*

**Que la polyvalence, ils en ont très peur, ils en ont peur.** Il n'y a pas un service qui est organisé pareil. Justement, maintenant, **ils essayent de mettre des protocoles partout, par exemple de faire un diagramme de soins commun à tous les services d'un pôle, pour que quand un personnel arrive d'un service, il soit opérationnel tout de suite dans un autre.** Ca, ils mettent en place tout, pour que tout fonctionne. Je ne suis pas sûre que ce soit possible, mais enfin, ils essaient.

*Donc on uniformise les procédures...*

**Pour que vous puissiez être polyvalent, flexible, à la pointe dès que vous arrivez. Parce qu'on n'a pas les moyens de former une personne pendant trois jours. Ah, ça, non, il faut être opérationnel tout de suite.**

## OPPOSITION À LA DISPARITION DES SERVICES

*- Il a été évoqué un moment la possibilité que disparaissent les services. Est-ce que vous, vous auriez été pour cette disparition ?*

**Non, pas de disparition des services. Nous, on est contre les pôles, on l'a dit. On voulait que les services restent, parce que c'est important, autant pour les personnels que pour les patients.** Si les services disparaissent, les patients verraient peut-être les mêmes médecins, mais pas les mêmes personnels et c'est quand même les personnels qui sont le plus souvent auprès des patients, pas les médecins : les médecins, quand ils les voient une fois dans la journée, c'est déjà pas mal. Donc, nous, non, on n'est pas pour la disparition des services. **Et puis, vouloir uniformiser le travail d'un service à un autre, je trouve que c'est dangereux, vous n'avez plus envie de créer. Je trouve ça scandaleux et grave, parce que les patients sont des numéros.**

## DÉCOUPAGE DES PÔLES ET T2A

*- Le découpage des pôles a surtout été pensé par pathologies ?*

**Oui, par pathologies mais aussi en fonction de la T2A. C'est sûr qu'il y a un impact énorme de la T2A sur le découpage des pôles et sur l'hôpital en général. Et on s'inquiète vraiment sur l'impact de la tarification à l'activité, pas spécialement au niveau des pôles, mais sur le mode de fonctionnement de l'ensemble de l'hôpital. La tarification à l'activité, on le sent – et le directeur n'a que ce langage à la bouche –, c'est « Il faut être bon, il faut produire, il faut fonctionner comme une entreprise. Il faut qu'on soit bon, il faut qu'on rapporte. Et les endroits où l'activité n'est pas bonne, on supprime. On supprime cette activité pour en créer une autre qui rapporte plus ». Le directeur nous dit ça ouvertement dans les instances : « Il faut qu'on soit meilleur que le privé, autrement c'est le privé qui va tout nous prendre ». Donc, c'est la course à la rentabilité. Lui, il dit que la T2A, ça va être bien, si on fonctionne bien ; il dit même que ce sera mieux que le budget global. Nous, on est contre ça, parce qu'on dit que la santé n'est pas une marchandise. Le directeur nous dit « Les activités qu'on fait peu, on ne les fera plus, on enverra nos patients dans d'autres établissements qui en font plus ». Mais, moi, je lui dis « Attendez, monsieur X, vous pensez aux patients ? ». En fonction de la pathologie que vous aurez, vous devrez aller dans tel ou tel établissement de la région. Vous ne pourrez pas être soigné localement, et vous n'aurez pas d'un autre côté le choix de l'établissement. Donc, le boulot du directeur, ce sera de regarder toutes les activités, et pour les activités déficitaires, soit leur donner un préavis pour redresser la barre, soit leur dire « C'est terminé : proposez-moi une autre activité si vous voulez garder le personnel ». Selon moi, l'avenir du personnel est remis en cause.**

## PÔLE ET GESTION DU PERSONNEL

*- Maintenant, l'interlocuteur des représentants du personnel, c'est ...*

Le trio de pôle. Le cadre sup refuse de nous recevoir, s'il n'y a pas le trio : le cadre sup, le directeur et le coordonnateur. Je pense que le personnel est mal barré. Personnellement, je n'ai pas à me plaindre ; par exemple, sur la flexibilité, je ne suis pas touchée, mais d'autres si. Moi, je ne suis pas la plus malheureuse, mais je ne me bats pas pour moi. **Le problème, c'est qu'il y a des personnes qui font 2 heures d'un côté, 2 heures de l'autre. Je ne vois pas comment on peut alors connaître les patients, rendre service aux patients. Et puis, pensez au stress que ça peut vous faire, que ça peut faire au personnel : je fais un peu d'un côté, j'arrête tout, je vais de l'autre côté, je finis rien, ... Ou le personnel va devenir stressé, ou alors c'est le je-m'enfoutisme.**

*Quand vous dites le « personnel », là, ce sont les aides-soignants, les ASH, les infirmiers ... ?*

**Oui, oui. Et en particulier, les contractuels :** surtout chez les ASH et les ASH faisant fonction d'Aides-soignants. Chez les infirmières, il y a peu de contractuels, elles se titularisent vite, vu qu'on en a grand besoin. Mais chez les ASH, c'est catastrophique. (...) Et je pense qu'avec la mise en place des pôles, la politique de gestion du personnel, le trio de pôle aura tout pouvoir pour justement, prendre des gens contractuels, sur des périodes bien précises et après les jeter, quand il n'en aura plus besoin.

*- Est-ce que ça risque de faire éclater l'hôpital en plein de petits pôles, avec à chaque fois, une gestion séparée ?*

Ah oui. Chaque pôle peut faire ce qu'il veut. Il y a un contrat de pôle qui est signé avec le directeur général, mais que le personnel n'a pas vu. Certains représentants du personnel ont pu voir le contrat de pôle, mais d'autres ne l'ont même pas vu.

### **Portrait 3 : Infirmière, CH**

#### MÉCONNAISSANCE DE LA NG

- *La Nouvelle Gouvernance, est-ce que cela vous dit quelque chose ou rien du tout ?*

Un tout petit peu, parce que mon chef de service est président de la CME et qu'il nous en a parlé un petit peu. J'ai eu quelques échos. Je ne sais pas si j'ai bien compris ce que c'était, mais pour moi, cela concerne la réforme des hôpitaux. **Ils ont fait des pôles, surtout dans l'optique de la gestion financière – de ce que j'en ai compris –.** Je me dis que c'est important d'essayer de résoudre tous les problèmes financiers que l'hôpital peut subir actuellement. **Au niveau théorique, je me dis que c'est bien qu'ils essaient d'envisager de nouvelles choses. Maintenant, au niveau pratique, je me dis que ça peut être un petit effrayant, en tous cas, pas très concluant.**

- *Vous auriez peur de quoi, au niveau pratique ?*

On se rend bien compte, en tant qu'infirmières, qu'on est en grand manque de personnels, mais – comme on le disait dernièrement avec une collègue – étant donné qu'on a une certaine conscience professionnelle, on ne peut pas partir des services sans avoir terminé d'avoir fait tous ses soins. Enfin, moi, je ne pourrais pas le faire. Étant donné que, nous, on a cette morale professionnelle – on reste du temps en plus pour faire les soins, pour que cela tourne, pour ne pas laisser les patients sans soins –, **on voit bien avec nos collègues qu'ils n'ont pas l'air de se rendre compte qu'il manque des personnels. Tant que ça tournera et qu'on fera le boulot – parce qu'on ne peut pas faire autrement –, ils ne se rendront pas compte qu'il manque autant de monde que ça.**

« *Ils* », *ce sont les... ?*

**Les gestionnaires. Au Ministère, mais aussi, les gestionnaires au niveau de l'hôpital.** Au niveau des surveillants généraux, ils n'ont pas l'air plus perturbés que cela. Je suis tout à fait d'accord pour faire des économies, mais pas toujours au niveau du personnel. C'est suffisamment difficile à l'heure actuelle, pour ne pas aller plus loin, sinon les patients vont en souffrir. C'est un peu alarmant.

- *Vous avez vu des changements avec l'apparition des pôles ?*

Oui, j'en entends un peu parler. Apparemment, ça commence à se concrétiser, mais bon, **c'est vrai que, nous, à notre échelle, on ne ressent pas du tout le problème. C'est plutôt le niveau financier que cela touche, avec l'attribution des budgets en fonction de la tarification à l'activité.**

#### DES MONDES QUI S'IGNORENT

- *Les administratifs, vous les connaissez, dans l'hôpital ?*

Nous, on voit les cadres sup de santé, mais les autres, on ne les connaît pas. **Je connais le nom du directeur, mais je ne sais pas qui c'est. Si je le croisais, je ne pourrais pas le reconnaître ; d'ailleurs, je l'ai peut-être déjà vu, mais je n'en sais rien (rires). Quand on rencontre des administratifs, en général, ils ne se présentent pas, c'est un peu dommage.**

- *Il n'y a jamais de grande réunion avec tous les personnels ?*

Non. Je n'ai jamais vu ça. Je me dis que c'est étonnant. Ça pourrait exister, ne serait-ce qu'une réunion pour les vœux du directeur, mais non, je n'ai jamais vu ça.

#### PAS DE CRAINTE DE LA POLYVALENCE

- *Certains craignent le développement de la polyvalence des personnels entre les services d'un même pôle...*

**Pour moi, c'est de l'affabulation. Moi, je pense qu'ils ne sont pas là pour nous faire trimer comme des malades, je ne pense pas que cela soit leur but. Leur but, c'est sûrement de réajuster les problèmes financiers de l'hôpital. Ce qui me désole un peu, c'est que j'ai l'impression que beaucoup de personnels sont un peu négatifs sur tout. Ça m'énerve même, parce qu'en fait, peu importe ce qu'ils envisagent, avant qu'ils aient dit quoi que ce soit, c'est vu comme quelque chose de négatif, quelque chose contre nous. Alors que moi, je ne pense pas comme cela.**

- *Quand vous dites « beaucoup des personnels », vous pensez à...*

Surtout les collègues du service. Elles voient toujours tout en noir. Alors que moi, je ne me sens pas persécutée par les autorités supérieures. Ils ne sont pas là non plus pour nous assaillir. Peut-être que je me trompe, mais je ne pense pas que l'on ne soit que des pions. **Je pense – enfin, j'espère – qu'ils ont quand même un côté humain (rires).**

*- Comment vous expliquez ces réticences chez vos collègues ?*

Elles sont plus anciennes. Elles ont l'impression qu'elles ont perdu beaucoup de leurs avantages, qu'elles se font léser sur tout, sur les congés, etc. Tout peut être vu négativement dans leurs yeux. Alors que moi, je me dis que tout n'est pas aussi négatif. Je pense peut-être comme ça, parce que je suis jeune, encore vive et encore idéaliste (rires), mais bon, j'y crois encore. Faut pas désespérer. Je pense – peut-être parce que je sors juste de l'école – qu'il faut savoir se remettre en question, faire éventuellement des formations, et si on n'est toujours pas bien là où on est, avoir le courage de partir ailleurs.

## RELATIONS CHEFS DE SERVICE – CHEF DE PÔLE

*Comment s'entendent les chefs de service avec le chef de pôle ?*

Pas bien du tout. Les chefs de service sont surtout dans les soins techniques et le chef de pôle, lui, est plutôt dans l'administratif, il paraît moins chirurgien que les autres, on va dire (rires). Ca ne plaît pas trop aux chefs de service qui disent que cela n'est pas terrible pour les patients et qui n'ont pas envie d'être dérangés dans leurs façons de faire. Ils voient le chef de pôle comme celui qui fait des réunions, qui fait moins d'actes, et qui veut faire tourner le pôle et l'hôpital à sa manière à lui.

## NG, T2A ET SERVICE PUBLIC

Sur la Nouvelle Gouvernance et la tarification à l'acte, il y a des choses que je n'arrive pas à comprendre. Je ne comprends pas l'idée de tarification à l'acte, étant donné qu'on est dans un hôpital public. **Autant dans le privé, je comprends bien qu'il y ait une recherche de rendement, mais dans le public ?** Je me dis que ce qu'ils veulent faire, c'est ou des grosses chirurgies très cotées à l'acte, ou des petites chirurgies mais avec des patients qui tournent beaucoup. Cela va jouer sur le temps passé des patients dans le service. Comme dans les cliniques finalement ! **Moi, je n'aime pas trop l'esprit des cliniques : tout est tourné vers la rentabilité financière ; ce n'est que pour l'argent qu'ils soignent. Alors qu'à l'hôpital, on accueille toute personne, on ne prend pas en compte les critères financiers avant de soigner.** On a régulièrement des patients qui nous sont renvoyés des cliniques commerciales des environs, parce qu'ils n'ont pas de couverture sociale. **Pour ma part, je trouve ça lamentable. C'est un esprit d'entreprise et j'espère que cela ne va pas arriver à l'hôpital.**

## **Portrait 4 : Infirmière, CHU, Syndiquée**

### UNE DÉGRADATION GÉNÉRALISÉE DU CONTEXTE HOSPITALIER PUBLIC

La gestion par pôles, ce n'est pas gênant en soi. Ce qui est gênant, ce sont les idées qui sont derrière. Peu importe les mots. On gère par pôle, on tarifie à l'activité... Peu importe, mais que met-on derrière ?

Ce que je vois avec la Nouvelle Gouvernance mais aussi, de façon plus générale à l'hôpital, c'est **une dégradation à tous les niveaux**.

Là où on construit de nouveaux bâtiments, c'est pour les faire tourner avec moins de personnel qu'auparavant. Les nouvelles constructions ont été faites en autofinancement, c'est-à-dire sans un centime de l'État. Lorsque l'on autofinance un établissement sans argent public, on a forcément **un besoin de gains de productivité** et cela se fait au détriment de l'emploi.

Du côté des patients et des pathologies, il y a de nombreuses modifications. Tout d'abord, régionalement, nous avons une explosion démographique donc nous avons un accroissement de demandes à l'hôpital public. En maternité, cela explose. Ces **populations que nous accueillons sont en outre de plus en plus précarisées**, elles n'ont pas toujours une bonne couverture sociale (pas de mutuelle) et de toute façon ne peuvent pas payer ; elles ne vont donc pas aller dans le privé. Et sont captives du secteur public. Comme la solidarité recule, l'individualisme augmente, les gens sont isolés et viennent à l'hôpital pour se rassurer (par exemple les urgences voient des situations qui ne sont pas forcément urgentes).

Dans la concurrence avec le privé, on s'aperçoit que **les cliniques ne prennent pas certaines pathologies, et refusent certains malades**. Certains aiment à dire que c'est la complémentarité mais c'est une concurrence avec un tri effréné des malades par les cliniques. Par exemple, soigner les vieux ou prendre en charge les poly-pathologies cela ne les intéresse pas donc **c'est l'hôpital public qui s'en occupe mais, en même temps, comme ce n'est pas forcément rentable et que l'on demande de la rentabilité...**

Si on ajoute à cela la RTT qui n'a pas donné lieu aux remplacements d'effectifs promis, on a une surcharge de travail. C'est tout cela qui me fait dire que la situation se dégrade.

À force de tirer sur la corde, les gens ont moins envie de donner. Comme il n'y a pas de reconnaissance salariale non plus des équipes, cela n'arrange pas les choses.

### LE PÔLE C'EST LA GESTION D'ABORD, QUANT À LA DÉMOCRATIE ET AU SERVICE PUBLIC...

**La Nouvelle Gouvernance, dans tout cela, n'est pas vraiment une réponse.** C'est la totalité du système qui pose problème. **Organiser l'hôpital en pôles ne résoudra pas les questions posées.** Déjà au début des années quatre-vingt, Ralite avait mis en place l'organisation de l'hôpital en départements en liquidant les services. Rien n'a réellement été fait. L'idée de service, même si les services ont eu leur rôle un temps, est totalement obsolète. Il aurait fallu développer cette idée du département, des fédérations, mettre en place des conseils de services pour favoriser la démocratie de fonctionnement. Rien n'a été fait vraiment au niveau de la démocratie participative. On aurait pu essayer de développer des fédérations en ménageant les chefs de services ringards si on avait voulu que les gens se rencontrent et dialoguent. **Avec le pôle, on ne se situe pas dans la même orientation ; c'est le concept de gestion qui est ici central et pas celui de démocratie. L'idée, c'est de codifier tous les gestes, tous les actes et ensuite de comparer les secteurs performants et ceux qui ne le sont pas. Est-ce que l'on va faire comme les cliniques privées et fermer les secteurs non rentables ?** Ce système pose problème non seulement au regard des missions du service public mais aussi d'un point de vue technique. On homogénéise la codification, on normalise, mais ce n'est pas conforme à ce qui se fait dans les services. Par exemple, on ne met pas le même temps à accomplir tel ou tel acte selon que l'on travaille en chirurgie, gériatrie ou pédiatrie. À tout vouloir normaliser, il y a des effets pervers qui sont inquiétants. En tant que syndicaliste, cela ne me gêne pas que l'on demande des comptes aux gens ; ce n'est pas la corne d'abondance l'hôpital public. Mais toute la question est de savoir quels outils on se donne pour mieux gérer, quels critères on veut privilégier. Quand on voit que nous vendons nos prestations aux cliniques privées, en imagerie par exemple, alors que nous avons des listes d'attente de nos propres patients que nous n'arrivons pas à résorber, il y a un problème. Ce type de choix est dicté par la volonté d'avoir des recettes subsidiaires. On va préférer faire des actes hors nomenclature, c'est-à-dire qui ne sont pas remboursables et qui procurent des recettes subsidiaires plutôt que de répondre aux besoins de nos malades que l'on fait attendre. Ces exemples de fonctionnement posent la question du devenir des services public.



**La question de la démocratie dans les pôles reste entière. Pour l'essentiel, les pôles ne respectent pas la représentativité des personnels.** Il y a un règlement intérieur du fonctionnement des pôles qui prévoit la participation des personnels mais pour l'instant, le pôle se résume au coordonnateur, au directeur, au cadre et à l'attaché de gestion.

**Pour ce qui est des découpages, on a fait en grande partie des pôles avec tout et n'importe quoi.** Il y a des pôles entre des gens qui ne se voient pas, parce qu'ils ne sont pas sur le même site et qui ne se connaissent pas. Comme ils ne sont pas au même endroit, la proximité n'existe pas. **Que l'on ne nous dise pas que les pôles, c'est la proximité.** Il y a des pôles fourre-tout qui ont été constitués pour faire plaisir aux chefs de service. On a organisé les pôles en prétendant rassembler des services qui faisaient la même chose dans des établissements différents et situés à proximité les uns des autres, mais en réalité, ce n'était pas le cas. À l'intérieur d'une discipline commune, chacun développait des spécialités bien particulières. Que l'on mutualise ce qui est mutualisable d'accord mais, dans certains cas, on a utilisé de mauvais arguments pour justifier les regroupements. Il y a eu du marchandage avec des découpages selon les influences des uns ou des autres.

Pour ce qui est du Conseil Exécutif, je ne sais pas trop ce qu'il s'y dit mais une chose est certaine, c'est que cela a vocation à doubler la CME, le CTE (lui de toute façon il était déjà mis de côté) et le CA. Cette instance n'a pas d'autre but que de renforcer le poids du Directeur Général. Les organisations syndicales n'y sont donc évidemment pas représentées. Dans ces conditions, je ne vois pas comment on peut penser que la Nouvelle Gouvernance soit une façon plus démocratique de gérer l'hôpital.

## Portrait 5 : Infirmière, CH, Syndiquée

### LA PERSISTANCE DES CULTURES DE SERVICE

- Est-ce qu'on peut déjà parler d'une « culture de pôle » comme on parlait de « culture de service » ?

Non, non, je ne crois pas encore. **Les soignants restent très attachés à leurs services, parce qu'il y a un historique lourd derrière.** On est attaché à un service, parce qu'on est attaché à des conditions de travail dans un service – un service avec des ressources, des remplaçantes –, parce qu'il y a des savoir-faire nombreux qui se co-vivent, dans un service. Je le dis souvent : une infirmière qui sort de l'école, a encore besoin d'une à deux années de tutorat, avant d'être lâchée seule : **il faut co-partager, il faut co-vivre, il faut faire ensemble et tout cela, cela se fait dans un service.**

*Est-ce qu'on co-vit dans les pôles ?*

**Ca commence. Ca commence, mais c'est très lié à la personnalité des chefs de service.** Il y a beaucoup de chefs de service qui ne sont pas intéressés par les pôles, parce qu'ils sont très attachés à leur fonctionnement de service, à leurs prérogatives de service. Mais je le comprends après tout : **quand quelqu'un vient se faire opérer dans notre service, ce n'est pas parce qu'il y a tel ou tel chef de pôle ou chef d'établissement, c'est parce qu'il y a tel chirurgien et qu'il est connu pour ses bons résultats.** Donc, comme les chefs de service assument beaucoup de responsabilités, c'est normal qu'ils veuillent avoir de la reconnaissance au niveau de leur service.

- Le pôle, c'est donc quelque chose d'assez lointain pour ces chefs de service ?

**Oh, oui : ils s'assoient dessus.** Et puis, je pense que cela va durer encore un certain temps !

### OUI À LA POLYVALENCE

**Nous, les non médicaux, le pôle nous apporte de la souplesse et des ressources en plus.**

- En quel sens ?

On est plus nombreuses : au lieu d'être 5 infirmières dans un service, on est 25 dans 5 services. A partir du moment où on est capable d'intervenir dans chaque unité, et bien, à 25, on est plus costaud qu'à 5 : pour se remplacer, pour partir en congé, pour assumer les gardes de nuit et de week-end, pour partager les compétences.

*Certains de vos collègues syndicalistes hurlent à la polyvalence...*

**Nous, on n'est pas contre la polyvalence, on est même pour.** Bien sûr qu'on a des affinités avec tel ou tel type de pathologie : certaines infirmières sont plus médecine, d'autres sont plus chirurgie, mais voilà, **il faut quand même être capable de se remplacer.** Enfin, ça, c'est la position de certains infirmiers et aides-soignants. Il y en a d'autres qui refusent catégoriquement d'aller remplacer dans d'autres services.

### EFFET PERVERS DE LA DÉCONCENTRATION SUR LA POLITIQUE FORMATION

**La déconcentration des moyens m'inquiète beaucoup, sur la question des formations notamment.** Cela m'inquiète beaucoup syndicalement. Les pôles vont définir leurs besoins en formations et vont former leurs personnels, et cela va beaucoup gêner ceux qui veulent changer d'un pôle à un autre.

### LES SOLIDARITÉS ENTRE PÔLES ET LE SERVICE PUBLIC

**La solidarité entre pôles, c'est quelque chose d'important.** Par exemple, les services de néo-nat., c'est toujours déficitaire : si on poussait la logique jusqu'au bout, il faudrait les fermer. Il faut donc que les autres services le soutiennent. Mais le problème, c'est que les services réellement bénéficiaires ne restent pas, ils partent dans le privé. Donc, **il faudra organiser la solidarité entre des services tous déficitaires** (sourire)... **Qu'est-ce qu'il va rester de l'hôpital public dans quelques années ? La médecine, le long séjour, la cancérologie lourde, que ne veulent pas les cliniques ?** Et certainement pas l'imagerie, les labos, qui, eux, rapportent beaucoup : tenez, je fais le pari que dans 4-5 ans, il n'y aura plus d'imagerie et de labos dans le public.

- Vous craignez qu'il n'y ait à terme aucune solidarité entre les pôles ?

**A partir du moment où il y a un exécutif fort qui reste en place, j'ai assez confiance, parce que les pôles ne sont pas des unités autogérées, quand même.** Par contre, à l'intérieur de chaque pôle, la concurrence entre les activités est

plus opaque : on peut penser que les activités qui ne rapportent rien seront délocalisées ou externalisées. Mais on est encore loin du temps où les pôles seront indépendants, autonomes. **Et j'espère qu'ils ne seront jamais autogérés.**

## NG, T2A ET MOYENS

**Je vous le dis, la Nouvelle Gouvernance, c'est très intéressant, mais cela concerne un peu le sommet de la pyramide, et les réalités soignantes du terrain sont bien bien éloignées du sommet de la pyramide. Il faut aussi penser aux moyens et là, il y a des inquiétudes à avoir avec la T2A. Est-ce qu'il va falloir encore, en cas de canicule cet été, courir après l'eau fraîche, quand on n'a même pas assez de cruches pour en distribuer plusieurs fois par demi-journée ? C'est très terre à terre, c'est très basique, mais c'est notre quotidien, à nous les soignants. Alors, oui, la Nouvelle Gouvernance, c'est très intéressant, mais qui va décider effectivement ? Qui va décider concrètement d'équiper un service de deux fontaines à eau réfrigérée plutôt que d'une ? Au nom de quels arguments et avec quel argent ? Un pôle déficitaire ne pourra pas le faire. Donc, il faut absolument garder les directions d'établissement.**

## **Portrait 6 : Cadre de santé, CH**

### LES PÔLES : LA GESTION DES EFFECTIFS SOIGNANTS D'ABORD

*- Que pensez vous des pôles ?*

Les pôles, je trouve que c'est pas mal, dans le sens où l'on se retrouve un peu en famille. C'est vrai **qu'au niveau coopération, soutien, c'est pratique** parce qu'on sait qu'on peut s'adresser à tel ou tel de nos collègues, on se débrouille à plusieurs ce qui n'était pas le cas avant les pôles où nous nous retrouvions plus cloisonnés dans nos services. Entre services de chirurgie, il y a une entraide quotidienne des cadres que ce soit sur des questions de personnel ou n'importe quoi d'autre.

### LE SERVICE COMME REPÈRE

**Le revers de la médaille** de l'organisation par pôles, c'est que les gens qui sont à l'intérieur du pôle, on les fait bouger. Je pense que le but du pôle est de **ne plus avoir d'identité propre** pour chaque service. On appartient au pôle lambda indépendamment de la spécialité. **Je pense que dans l'avenir, ils voudront qu'il n'y ait plus de chef de service**, que les malades de chaque médecin soient, au besoin, aux quatre coins de l'hôpital. Là, c'est le service de M. X et la direction, à l'avenir, voudrait qu'il n'y ait plus de service de M. X. Cela, **les médecins ont beaucoup de mal à l'accepter, le personnel aussi d'ailleurs. Je pense qu'on est comme tout le monde, on aime bien appartenir à une famille, on sait à quoi se rattacher. Le service, c'est NOTRE service ; on n'aime pas trop en bouger et quand il faut aller ailleurs, ce n'est pas trop rigolo. Le service, c'est un repère**, une équipe avec des personnes constantes dans cette équipe, si toutes les semaines, vous avez des gens différents, c'est compliqué à gérer car on connaît moins bien les gens avec qui l'on travaille.

À chaque cycle, toutes les 4 semaines, on établit le planning. On peut dire à une fille « Cette semaine, vous êtes 5, mais il y a un problème dans l'autre unité : une de vous doit s'y rendre ». En général, cela se passe bien, mais certaines n'aiment pas trop. C'est de changer de pathologie (passer du viscéral à l'orthopédie ou inversement) qui gêne certains soignants. Quand on peut ne faire tourner que ceux qui aiment cela, on le fait ; si on ne peut pas, elles vont le faire chacune à leur tour. **Je vous assure que c'est un casse-tête, la gestion des effectifs dans le pôle.**

*- C'est un casse-tête ou une souplesse ?*

**C'est un casse-tête. Bien sûr, c'est aussi de la souplesse, comme vous dites, mais des fois, on ne s'y retrouve plus.** A l'époque des services, on avait une équipe de suppléance ; si on avait un problème, on voyait avec le cadre supérieur qui faisait appel à ces gens-là.

**- Cela, c'était de la souplesse ?**

Oui, mais ceci dit, tout le monde en avait besoin en même temps... Maintenant, avec les pôles, on doit se débrouiller avec notre effectif propre. **Le recours au cadre supérieur en cas de problèmes d'effectifs est rare.** C'est nous qui récupérons cette responsabilité car les personnels de remplacement au niveau général de l'établissement n'existent plus ; ils ont été répartis dans les pôles. C'est bien et ce n'est pas bien à la fois. On vous dit : « Vous avez ce qu'il faut dans votre machin, vous vous débrouillez ». Les effectifs, c'est très compliqué, parce que, par exemple, vous avez des agents en longue maladie, qui sont quand même comptés dans votre effectif alors qu'ils ne sont pas là depuis, parfois, 18 mois. Quand l'administration fait les calculs d'effectifs, ils nous disent : « mais vous avez votre compte ! ». Manque de pot, il y a une infirmière qui est en congé maternité, une en ceci, une autre en cela... Si vous avez 3 services dans le pôle et 4 ou 5 filles en longue maladie, parce que cela arrive, cela devient très compliqué.

*- L'administration peut en tenir compte ?*

Non ! Pour eux, c'est purement administratif. Ce ne sont que des chiffres, c'est tout.

*- Le responsable administratif de pôle ne peut-il être l'interlocuteur sur ces questions d'effectifs ? Il est très proche de l'activité du pôle et peut sans doute mieux mesurer les difficultés et négocier avec l'administration ?*

Je n'ai pas l'impression que ce soit comme ça que cela va se passer. Le directeur administratif de pôle s'occupe de la question des paies, des congés et ce pour plusieurs pôles. Cela ne va pas plus loin. Pour les effectifs, c'est : « Vous vous débrouillez ! », c'est comme ça. En outre, on n'a toujours pas de responsable médical de pôle. **Il n'y a aucun médecin qui se soit désigné pour piloter le pôle.** Je pense qu'ils ne sont pas trop d'accord avec ça. C'est une responsabilité, ce poste de coordonnateur médical qui a quand même une connotation administrative importante, et

donc les médecins se disent « nous, on est médecins et pas des gestionnaires... ». **Cela les rebute un peu. Ils appréhendent la charge administrative et le fait d'avoir à coopérer avec un directeur administratif** ; ils le disent en tous les cas.

## LES PÔLES ET LES BUDGETS : LE GLISSEMENT VERS LA T2A ET L'INQUIÉTUDE VIS-A-VIS DU SERVICE PUBLIC

*- Avez-vous, au même titre que vous avez à gérer un effectif, un budget alloué au niveau du pôle et dont vous auriez la gestion ?*

Pas pour l'instant, mais c'est en train de se construire, de se mettre en place. On commence avec tout ce qui est matériel et services prestataires, mais pour l'instant on n'a pas de retour pour savoir ce qu'on a dépensé, par postes. **On commence à entendre parler de budget de service et les gens commencent à dire « Je ne te prête pas ça parce que ça va être greffé sur mon budget »**. Disons que le problème, c'est qu'on nous demande de nous entraider mais tout ce qui est prêté a un impact sur le budget. Je prête une aide-soignante pour une journée, et bien c'est noté et dans les dépenses de personnel, on retire une journée. Les surveillantes chefs notent tout, si on prête à l'intérieur ou à l'extérieur du pôle, si une fille va donner un coup de main 3 h, c'est répertorié, je ne sais pas ce qu'ils en font mais c'est répertorié. Au niveau de tout ce qui est matériel, prestations, on y vient.

*- Avez-vous des retours budgétaires précis sur les consommations du pôle, son activité, ses éventuels dépassements d'enveloppe ?*

Non, pas pour l'instant. On n'en est pas là. On ne nous a jamais dit : « Vous faites trop de radios, il faut ralentir » ni « Vous faites trop d'examens de labo ». En ce moment, on en est à comptabiliser ce qu'on fait, ce qu'on utilise ; peut-être que l'année prochaine, on nous dira : « Vous avez fait ça, vous avez utilisé ça, vous avez droit à ça, maintenant vous devez vous débrouiller avec ça ». Je pense que c'est ce qui nous arrivera à terme. **C'est une révolution dans l'esprit des soignants, c'est très dur de s'entendre dire : « Vous avez utilisé trop de compresses ou trop de gants », c'est terrible, c'est incompréhensible pour nous**. On ne peut pas comprendre ça.. L'équipe a été confrontée à des questions du type : « Vous avez utilisé tant de poches de sang, pourquoi ? Vous avez augmenté votre consommation de ceci, pourquoi ? ». Les médecins y compris ont dû répondre de tout ce qu'ils avaient utilisé. C'était très mal vécu. D'ailleurs des agents m'ont dit : « Si c'est comme ça l'année prochaine, moi je ne reviens pas à ce type de réunion, tu n'auras personne ». Ils avaient tous fait l'effort de venir pour discuter et la réunion a été une succession de remarques, questions et reproches de ce type. Cette année, cela s'est passé différemment mais, bon, c'est quand même ça qui plane dans l'air du temps. **Maintenant l'hôpital est devenu une entreprise qui doit rentabiliser le truc**.

Avant, il y a encore 7 ou 8 ans, c'était la gabegie. Personne ne faisait attention à rien, on prenait un paquet de compresses, on en utilisait une, et l'on jetait le paquet, personne ne faisait attention à rien. Puis il y a eu la période où l'on était quand même un peu sensibilisé ; on nous informait : « Ceci, ça coûte tant ». La pharmacie nous disait : « Vous savez combien ça coûte ce truc-là ? » on répondait non. C'est vrai que quand on nous disait le prix on se rendait compte. Donc après on passait le message au personnel : « Ca coûte cher, faites attention ». Et puis maintenant, avec cette histoire de budget par pôle, on sert la ceinture et c'est presque trop. Les soignants ont du mal à comprendre qu'on puisse les restreindre alors qu'on soigne des gens. Ce n'est pas des boîtes de conserve qu'on a, c'est des gens qui ont besoin d'être soignés, donc, dans la tête des soignants, on devrait tout faire pour que ces gens soient bien soignés. **Donc quand on commande une boîte de gants et qu'on nous dit « Non ! », nous, on ne comprend pas, parce que des gants on est obligé d'en avoir. Ceci dit, les soignants prennent aussi conscience qu'il faut faire attention, qu'il ne faut pas gâcher, qu'il ne faut pas gaspiller**.

*- Pourquoi en est-on arrivé là ?*

Je pense que ce que les gens ne comprennent pas, c'est pourquoi on en est arrivé là. Pourquoi est-ce qu'on est obligé de comptabiliser une activité qui va ensuite vous donner votre budget ? Parce que c'est ça ! **Votre activité a rapporté tant à l'hôpital, donc on va vous donner tant pour vivre ; on n'en est encore pas là, mais on y arrive. L'hôpital pour les gens, c'est quelque chose de public qui, même si ça ne marche pas très bien, doit quand même être là. Or, maintenant ce qu'on nous dit, c'est : « Si ça ne marche pas bien, on ferme »**. C'est ça qui est difficile. Ici, on a l'épée de Damoclès au-dessus de la tête. Si on a que quatre patients alors qu'on a quinze lits ; on va nous taper sur les doigts alors qu'on devrait plutôt se réjouir de n'avoir que 4 patients. On en est là, à se tordre le dos, parce qu'en mai on a eu une activité assez calme. Ce qui fait peur aux gens, c'est de se dire : « Si on ne travaille pas, on va fermer le service » ; c'est ce qui est arrivé dans certains hôpitaux. Nous, on a des médecins qui sont arrivés d'une autre région parce que leurs services avaient fermé.

Bon, tout ça, sur le plan personnel, c'est dur à vivre, même si on sait que c'est l'effort de tout le monde, les économies de la SECU, tout ça quoi... **Mais c'est quand même difficile à vivre de se dire que les budgets sont de plus en plus serrés.**

*- Techniquement, y a-t-il de nouveaux gestes, de nouvelles pratiques, une nouvelle organisation, relatifs à ce souci de gestion ?*

Pour chaque service, on a une liste d'actes qu'il faut reporter sur un fichier-papier à chaque fois qu'on les réalise. Les infirmières cochent, puis l'assistante administrative rassemble la totalité des actes saisis et elle les rentre sur ordinateur. Pour ce qui est du bloc, c'est chaque chirurgien qui rentre ses actes directement sur un ordinateur. Maintenant, le médecin du PMSI a directement les informations rentrées par les médecins. Cela lui permet de faire des groupes homogènes de malades ; par exemple, cela veut dire qu'avec toutes ces données, on peut voir ce que coûte en moyenne une appendicite. À terme, on aura un coût de l'appendicite qui vaudra partout en France ; partout, il faudra que cela coûte la même chose. Si l'appendicite exige une hospitalisation de 3 jours, ceux qui gardent le patient 2 jours gagneront des sous, ceux qui l'hospitalisent 4 en perdront. Pour toutes les pathologies, ça va être comme ça, et ensuite on verra les établissements qui sont tout le temps en dépassement. Après, il y a des explications à tout. La T2A débouche sur des analyses comme celle-là.

#### SERVICES, PÔLES : DÉCLOISONNEMENT-RECLOISONNEMENT

*- Au final, quel jugement global portez-vous sur l'organisation par pôles ?*

**Moi, je ne suis pas contre les pôles. Cela a ses avantages et ses inconvénients, comme l'organisation d'avant. On a des points positifs comme le fait d'avoir une directrice administrative qui est un référent ; on sait à qui s'adresser on n'a pas besoin d'appeler 12 bureaux pour avoir la bonne réponse ; par contre, l'inconvénient, c'est que maintenant avec les autres pôles, on a très peu de relations, on est plus en vase clos.**

*- Mais c'était pareil avec les services ?*

**Non, ce n'était pas pareil. C'était notre service !** Lors des réunions de pôles, on ne voit pas nos collègues des services ne relevant pas du pôle où nous sommes. Donc ça, c'est un peu dommage. **C'est un peu cloisonné et du coup, on se retrouve un peu à l'intérieur de notre cloison.** C'est pas mal de se retrouver par pôle, on se retrouve avec des gens qui ont les mêmes préoccupations que nous, ça permet de résoudre des problèmes communs et de discuter sur des choses que tout le monde vit mais on s'isole par rapport aux autres pôles.

**Cela étant, les pôles ont quand même permis de développer la collaboration des uns et des autres au sein du même pôle, c'est le côté positif. Autant avant, on était vachement plus sectaire, autant maintenant, on nous demande d'être plus coopérant les uns avec les autres ; selon les cas, c'est bon gré mal gré, mais moi je trouve ça bien quand même.**

## **Portrait 7 : Cadre supérieur, CHU**

### LE PÔLE ET LES EFFETS DE LA DÉCONCENTRATION

- *Comment vivez-vous cette organisation par pôles ? Qu'en pensez-vous ?*

- **Moi, je le vis bien. C'est une expérience intéressante.** On a un quatuor à la tête du pôle : le cadre supérieur, le coordonnateur et le vice coordonnateur médical, le directeur référent. On part un peu à l'aventure, même si on a eu des formations ; **c'est un changement culturel profond dans la mesure où on doit manier des outils de gestion que l'on n'a pas l'habitude d'utiliser.** Notamment au niveau médical, les médecins étaient peu confrontés à la gestion. Pour l'encadrement, **le pôle donne une marge de manœuvre beaucoup plus importante**, une autonomie plus large, c'est ce qui est intéressant à mon avis.

- *Quels sont ces nouveaux outils de gestion que vous ne connaissez pas ?*

- On a des crédits délégués et il faut gérer toutes les charges d'exploitation du pôle, y compris le personnel. Avant, ce n'était pas nous qui le faisions mais une instance de l'administration.

- *La transmission de ces compétences nouvelles s'est bien déroulée ?*

- Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, c'est un changement culturel profond, au niveau du pôle, on ne sent pas de grosses résistances, **je pense que les résistances viennent plus des directions fonctionnelles qu'au niveau des professionnels du pôle. J'ai l'impression que les directions fonctionnelles ont peur de perdre du pouvoir**, parce que les directions fonctionnelles sont composées de directeurs et de secrétaires. Tout ce qui est investissement reste de la responsabilité des directions fonctionnelles, par contre tout ce qui touche à l'exploitation y compris le personnel, maintenant relève de la responsabilité du pôle.

**Auparavant, il y avait un rapport hiérarchique entre ces directions fonctionnelles et nous. Maintenant c'est fini, on traite d'égal à égal. Bien sûr, ils ont de l'expertise que nous n'avons pas et ils gardent un rôle de contrôle. Mais ils sont surtout dans une position transversale de conseil. Avec ce type de réorganisation, on passe d'un hôpital comme organisation pyramidale à quelque chose de plus systémique.** Le pyramidal demeure encore, mais un peu moins je pense.

- **Ce que vous dites là n'est-il pas lié au fait que vous soyez dans le fameux quatuor ? Est-ce que les cadres par exemple partagent cette opinion ?**

- Ca vaut pour les cadres aussi, je pense qu'au sein du pôle le rôle du cadre sup, c'est d'animer l'équipe de cadres.

- *C'était pareil avant non ?*

- **Je ne crois pas, je pense que le pôle peut permettre de gommer un peu toutes ces frontières. Tout ce mode pyramidal qui vient plomber un peu la gestion, les rapports...**

### COMPLEXITÉ ORGANISATIONNELLE

- *Le conseil de pôle fonctionne ?*

- Oui, il fonctionne. Avec le coordonnateur, on se voit à peu près tous les jours et le quatuor se réunit toutes les semaines. Au niveau de notre pôle, on a mis en place un système de bureau de pôle qui comprend des membres du conseil de pôle et des membres de différentes catégories socioprofessionnelles qui composent le pôle.

Le conseil de pôle, c'est le quatuor et des membres élus. Alors que le bureau de pôle ce sont des personnes volontaires. Il consiste à faire des réunions d'informations bimensuelles et il est composé d'une quinzaine de personnes qui représentent les différents services du pôle.

- *Lors du bureau de pôle ou du conseil de pôle, vous avez l'impression qu'il y a des débats, ou c'est simplement de la transmission d'informations ?*

- On donne des informations mais ce sont des lieux d'échanges avant tout. On a essayé de mettre en place des groupes de travail sur des thèmes particuliers mais on était pris par le temps. On aurait aimé qu'il y ait des propositions qui émergent de ces groupes de travail. On n'a pas atteint notre objectif parce qu'on a été pris par le temps.

### LA RELATION CHEFS DE SERVICES-CHEF DE PÔLE : DES DIMENSIONS SYMBOLIQUES ET LES DISPOSITIONS PRAGMATIQUES.

- *Il y a encore des chefs de service dans le pôle ?*

Oui. Les chefs de service existent, mais ils ne sont pas coordonnateurs ou vice-coordonnateurs de pôle. Ceux-ci sont élus par les médecins. Je pense que cela a été plutôt bien vécu mais peut-être y a-t-il un sentiment de perte de pouvoir ici ou là.

- *Un sentiment de perte de pouvoir, cela se manifeste comment ?*

Certains raisonnent encore au niveau des services pour la gestion du personnel ou la gestion des ressources. Les uns ont le sentiment de faire des efforts pour les autres qui ne sont pas payés de retour. Par exemple, si on mutualise certains moyens (le secrétariat ou autre), on voit ressurgir des raisonnements où les frontières des services sont mobilisées. Pour réussir, il faut discuter beaucoup et être aussi dans le donnant-donnant. Il faut être capable de rendre la monnaie de la pièce à un moment donné. La négociation avec les services peut-être conduite par n'importe quel membre du quatuor ou du trio dirigeant le pôle.

- *Les coordonnateurs médicaux de pôles qui ne sont pas chefs de services sont PU PH ?*

- Non, pas forcément.

- *Cela ne pose pas de problèmes d'ordre symbolique ?*

- Au départ oui, mais les choses prennent leur place.

- *Est-ce qu'il y a un meilleur fonctionnement, est-ce qu'on a des indicateurs précis, qui pourraient faire dire à un chef de service, malgré la perte de pouvoir, « Cette nouvelle organisation nous fait gagner en efficacité, en qualité ».*

- Je ne suis pas capable de vous le dire à l'heure actuelle. Je ne sais pas si on a de réels indicateurs. Il faudrait des enquêtes de satisfaction sur le travail rendu. Par contre, on va avoir des indicateurs parce qu'on va mettre en place un groupe de travail sur les secrétariats, parce que c'est vraiment notre point faible. Parce qu'on a beaucoup de retard dans le rendu des comptes-rendus, donc on veut se donner des objectifs en temps réels, c'est-à-dire que tous les patients repartent avec leurs comptes rendus immédiatement. Si on atteint notre objectif, l'indicateur sera celui-ci.

## LES CONTRATS DE PÔLE : NOUVELLES PRATIQUES, NOUVELLES RELATIONS.

- *Vous avez des contrats de pôle. Pouvez-vous en parler ?*

- Bien sûr. C'est pareil, le contrat de pôle, c'est nouveau. C'est une démarche contractuelle entre l'administration et le pôle. Avant, on n'avait pas ça. On avait des projets de service, mais c'était différent. Maintenant, on contractualise, on signe des engagements réciproques selon un protocole précis. Cela prend une toute autre dimension. Le coordonnateur médical et le directeur référent de pôle apposent leurs signatures au bas du contrat tout comme le directeur.

- *Qui est le négociateur du contrat pour le compte du pôle ?*

- Ce sont les membres du quatuor principalement, mais c'est vraiment le fruit d'un travail collectif au niveau des cadres et au niveau des membres du bureau de pôle, c'est intéressant de ce point de vue-là. **Maintenant, on travaille en direct avec les directeurs administratifs, avant ce n'était pas le cas. D'une part, on apprend à se connaître et l'on apprend à connaître ce que fait l'autre. Cela nous a aussi appris à travailler sur des objectifs communs. Avant sur des services de soins, on avait le sentiment de ne pas toujours être compris. Alors que là, c'est une mise en commun des connaissances et de l'expertise de chacun.** Cette négociation avec la direction générale n'existait pas avant. Maintenant, ce que ça va donner au final... on verra bien.

## LE CONSEIL EXÉCUTIF UNE NÉBULEUSE

- *Vous avez des échos, de ce qui se passe au conseil exécutif, qui est aussi l'émanation de cette expérimentation Nouvelle Gouvernance ?*

Peu. Je ne sais pas ce qui s'y fait. Cette expérience est encore récente, des modifications vont sûrement y être apportées.

- *Avez-vous vu les textes officiels sur la Nouvelle Gouvernance ?*

- On nous les a apportés mais je n'ai pas eu le temps de les consulter.

## LA RÉFORME : UN DISPOSITIF D'AUTO-LIMITATION ?

- *Avez-vous des réserves sur l'expérimentation en cours ou aucune ?*

- **Ma crainte, c'est que le pôle doive gérer la pénurie, c'est-à-dire que ça peut être une façon pour la direction de se décharger sur le pôle, en disant « C'est vous qui avez décidé, qui avez fait votre projet, donc on vous donne une enveloppe budgétaire ; s'il y a des coupes franches à faire, c'est vous qui en avez la responsabilité ».** Ca peut être un avantage parce que les coupes franches seront faites en connaissance de cause, au niveau du terrain, par contre les conséquences négatives qui peuvent y avoir sont qu'on devienne les boucs émissaires.



- Dans l'enveloppe budgétaire que vous avez à gérer, quelle est la part d'autonomie que vous avez ?

- **C'est ce qui me gêne un peu, parce que l'autonomie est vraiment limitée, et c'est en ce sens que je dis qu'on gère la pénurie.** Je pense qu'à ce niveau-là, il y a des améliorations à apporter parce que sur la répartition et l'affectation de l'enveloppe au pôle, il n'y a pas de réelles négociations. Par exemple, on nous avait annoncé que pour calculer les mensualités de remplacement des personnels absents, on prendrait pour base les trois années antérieures. Or, il n'a été pris que l'année N-1 ; on n'est pas en mesure de savoir si ça nous avantage ou si ça nous désavantage mais c'est moins juste que le principe annoncé au départ et qui n'a pas été respecté. Il y a encore un certain nombre de choses de ce genre qui restent à ficeler. Cela dit, **le fait de récupérer les enveloppes pour la gestion des personnels et d'avoir une fongibilité des sommes** (par exemple de pouvoir payer du personnel soignant sur des fonds de secrétariat si l'un est déficitaire et l'autre pas, vice-versa) **nous donne une souplesse et une autonomie que nous n'avions pas.** On peut même faire des économies dans certains domaines et utiliser ces sommes pour acheter du matériel, recruter quelqu'un.

- Sans demander l'aval de la direction générale ? C'est le bureau de pôle, le conseil de pôle qui gère tous ça ?

- Cela peut être le quatuor pour nous, ou le bureau et le conseil de pôle. Quoi qu'il en soit, toutes les décisions de cet ordre sont évoquées lors des bureaux de pôle et des conseils de pôle. On a souhaité que ce soient des instances démocratiques, des instances dans lesquelles il y ait un échange entre les différentes parties.

## QUELQUES ASPECTS D'ORGANISATION DU PÔLE

- Y a-t-il une instance où se réunissent les différentes équipes gestionnaires des pôles ?

Nous avons un groupe qui fonctionne, oui. Ce sont des réunions mensuelles au cours desquelles sont rassemblés les représentants de deux ou trois pôles. On tourne ; ce qui fait comme cela que l'on rencontre sur l'année tous les pôles de l'établissement. On fait part de nos expériences respectives et c'est très intéressant. **C'est vraiment un changement, un mode de fonctionnement différent, un changement culturel ; comme tout changement, il faut que ce soit accompagné.** Par exemple, ce groupe met en place une organisation pour échanger avec les directions fonctionnelles, et quelques fois, cela nous permet de débloquer certaines choses. Ces rencontres sont importantes parce que dans un établissement comme le nôtre, ce n'est pas évident de connaître tout le monde et cela nous permet de rencontrer d'autres collègues que l'on ne connaissait pas. **Les hôpitaux sont très cloisonnés, on parle de décroisonnement, ce n'est pas un hasard, chacun est un peu centré sur lui-même, en oubliant un peu les autres, alors qu'on œuvre pour la même chose, apporter un service aux patients et leur donner une prestation qui soit la meilleure possible. Cela passe aussi par l'échange entre les pôles.** Comme on est prestataire de service, on a un certain nombre de choses à faire remonter de même que les services ont un certain nombre de choses à faire redescendre sur nos prestations. Ces rencontres permettent de faire circuler l'information, de faire part de nos contraintes, de nos obligations, j'espère que ce sera bénéfique, surtout pour le patient.

- Les membres du quatuor de pôle participent avec la même assiduité ?

Il est vrai que pour les coordonnateurs médicaux, c'est plus difficile. C'est lourd pour eux. Il faut qu'ils gèrent leur activité médicale et l'activité qui relève de leur responsabilité de coordonnateur. On ne leur a pas dégagé de temps pour faire cela. Il en est de même pour les directeurs référents qui gardent à mi-temps leur activité de directeurs sur des missions générales et consacrent leur second mi-temps à leur pôle d'affectation.

- De fait, la gestion au quotidien du pôle n'appartient-elle pas, d'un côté pratique, au cadre supérieur ?

- De fait, c'est un peu ça avec, en plus, le soutien de l'assistant administratif de pôle. C'est une personne qui est à mes côtés et qui prend en charge le suivi de l'activité comptable, la prise de notes dans les réunions, la saisie des données. Ces assistants administratifs de pôles sont sur de nouveaux métiers. Certains ont été recrutés sur appel de candidatures, d'autres étaient avant dans les services de la direction générale.

- Est-ce que toutes ces modifications, ces « changements culturels » disiez-vous tout à l'heure, modifient la tâche des personnels soignants au quotidien ?

Pour le personnel, pour l'instant, ça ne change rien. Par contre, là où ça change c'est au niveau de l'information des uns et des autres. Je pense que l'on est plus près des équipes, les gestionnaires sont plus près du terrain.

Pour ma part, en tant que cadre supérieur, je pense que cette réforme a élargi le champ des relations de travail qui étaient les miennes. Le regret que j'ai, c'est que c'est assez lourd à piloter, ça demande beaucoup de temps, d'investissement. Et puis on a des administrations qui demandent beaucoup, c'est bien, mais ça va très vite, on travaille dans l'urgence. On ne se pose pas assez pour réfléchir, mais ça ce n'est pas nouveau, mais je crois que ça s'est accéléré.

## L'ORGANISATION PAR PÔLES ET QUELQUES EFFETS DÉRIVÉS

- *L'organisation en pôles peut faciliter les choses du point de vue de la démarche qualité ?*

- Cela peut, mais pas forcément. L'avantage, c'est **qu'on peut avoir une politique qualité au niveau du pôle, on peut en discuter échanger. L'instance de regroupements des pôles par exemple peut être un bon niveau pour aborder les questions relatives à la démarche qualité.**

**Je pense que l'organisation en pôles peut permettre de simplifier les circuits du patient au sein de l'hôpital, et ce qui risque aussi d'être payant, à terme, ce sont les échanges entre les différentes catégories socioprofessionnelles, parce que l'on a quand même des cultures différentes. Je pense que ça va « booster » les médecins, ça va leur apprendre à échanger, à se frotter à toutes les merdes administratives, parce que souvent les médecins c'est : « Je veux donc je vais obtenir » sans se soucier des conséquences que ça peut avoir sur les autres au sens large du terme. Là, on est dans une démarche complètement différente. Certes, le risque de l'organisation en pôle, c'est de balkaniser l'hôpital, mais je pense que tous les relais d'information d'échanges, doivent permettre d'éviter ce travers. Nous, on le voit ; il y a des échanges qui se sont créés entre les services grâce à l'organisation en pôles, des échanges verbaux, organisationnels mais aussi des échanges qui peuvent se faire par le biais de conventions passées entre les pôles.** Nous, dans ce pôle, en tant que prestataires de services, on va prendre ce type d'organisation et contractualiser, dans le domaine des examens, un certain nombre de choses de cette nature. Par exemple, on peut essayer de trouver des moyens pour optimiser les demandes d'examens en évitant les explorations redondantes. Ces possibilités nouvelles de contractualiser des accords entre pôles naissent des contacts nouveaux que nous avons entre nous.

## **Portrait 8 : Cadre supérieur, CHU**

### UNE VISION TRÈS POSITIVE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

*- Si vous deviez faire aujourd'hui un premier petit bilan de la NG, avec les points les plus positifs, les points les plus négatifs...*

**Les points les plus positifs, c'est la gestion de proximité, la mutualisation des moyens – par exemple de plateau technique – la mutualisation de certaines structures, la polyvalence des personnels. Les pôles permettent aussi de redonner une taille plus humaine au CHU.** Le CHU est tellement grand que les gens ne peuvent pas s'identifier à lui ; avant, les agents s'identifiaient aux établissements ; maintenant, ils s'identifient aux pôles. **Les pôles permettent aussi de limiter les lourdeurs de la gestion administrative :** avant, quand il nous fallait un balai ou autre chose, il fallait passer par X commandes, appeler le service économique pour savoir s'il l'avait reçu, attendre qu'il réponde, on n'était pas géré en temps réel, on ne connaissait pas les tenants et les aboutissants, on ne savait pas de combien on disposait, on n'avait pas de prévisionnel dans la gestion. Alors que maintenant, on fait notre inventaire, on fait des compromis et des négociations – les cadres disent « Il me faut absolument ça mais pour ça, je peux attendre » –, et le balai, on peut l'avoir plus rapidement.

*- Et les points les plus négatifs ?*

**Je n'en vois pas vraiment. C'est vrai que je suis assez contente d'être en pôle. On pourrait penser à la contrainte budgétaire. Mais bon, on a toujours été dans la contrainte budgétaire – il ne faut pas se leurrer quand même –, et au moins maintenant, on sait à peu près comment on va être mangé.** Avant, on nous supprimait X postes, on ne savait pas pourquoi, et personne n'était en capacité d'expliciter les décisions. Là, même si les décisions sont parfois contraignantes, on en connaît les tenants et les aboutissants et on sait quels sont nos moyens et quelles actions on peut avoir. Donc, c'est intéressant. On a un peu plus, un tout petit peu plus, de maîtrise.

### DE L'INTÉRÊT D'UNE GESTION DÉCENTRALISÉE AU NIVEAU DU PÔLE

**Avant, toute la gestion était au niveau central, au niveau de l'établissement. Ca, ça a été un point positif du pôle, parce que l'on sait réellement ce que l'on a dépensé et ce que l'on va dépenser, si l'on a un prévisionnel d'activité qui est à peu près conforme.** Cela me permet en tant que cadre sup, d'impliquer les cadres – pas tout le temps, parce que ce n'est pas à eux de faire de la gestion financière : eux, ils sont sur le terrain pour s'occuper des patients –, mais quelque part, cela me permet quand même de les impliquer. **Ce qui est intéressant aussi, c'est de voir les bénéfices en fin d'année. Maintenant la question évidemment, c'est quid de ces bénéfices ?** (sourire). Est-ce qu'un pôle qui a bien travaillé sera récompensé et un pôle qui n'a pas bien travaillé ne le sera pas ? Je ne le sais pas : on n'a pas encore trop de lisibilité par rapport à ça.

### VIVE LA POLYVALENCE

**La polyvalence des personnels, c'est un des points très positifs de la Nouvelle Gouvernance. Avant, quand on voulait changer un agent pour le faire travailler dans un autre service, c'était vraiment très très difficile, à peine abordable.**

*Maintenant, c'est possible ?*

**Ah oui, maintenant. C'est même un des principes de notre fonctionnement.** Les agents savent que, quand on n'a personne dans le pool pour faire un remplacement, ce seront eux qui remplaceront. C'est particulièrement bien acquis.

*- Il n'y a pas eu de résistances ?*

Pas trop. C'était le principe qui avait été pré-édicte, donc les agents le savaient. Les agents restent affectés à un service (aujourd'hui, on a à peu près 90 % des agents qui sont affectés dans une unité et 10 % des agents qui sont mutualisés dans le pool), parce qu'il est hors de question de prôner de la polyvalence à tout crin. Mais, dans notre spécialité, on peut quand même envisager, en étant à peu près cohérent, de la bivalence médicochirurgicale.

### LE DÉCOUPAGE DES PÔLES

**Les pôles qui se sont assez vite mis en place, c'étaient les pôles cliniques, soit sur une approche organiciste – autour d'un organe et avec des fortes affinités médicales –, soit sur une logique de proximité des projets**

médicaux. Après, ce qui a posé problème, c'est tout ce qui est pôles médico-techniques : « Moi, je suis kiné, je vais où, je fais quoi, je suis rattaché à qui ? ». Là, ça a été plus difficile et certains de nos partenaires l'ont assez mal vécu.

- Une fois la question du découpage passée, quels sont les pôles qui marchent aujourd'hui le mieux ?

Pour moi, c'est la même chose. Les pôles qui ont le plus de capacité de « réussite » entre guillemets – réussite en termes de gestion, de bonnes pratiques, etc. –, je pense que ce sont les pôles qui ont une homogénéité clinique réelle, qu'elle soit médicale ou chirurgicale. Les pôles où on mélange tout, je pense qu'ils vont avoir du mal, en termes de cohérence du pôle et du projet médical.

- Ca se sent déjà aujourd'hui ?

Oui, ça se sent tout de suite, jusqu'à l'acteur de base. Pour l'acteur de base, ça veut dire qu'il ne sait pas qui il est, où il habite, à qui il appartient. Déjà, quand vous énoncez un nom de pôle qui prend trois lignes, le sentiment d'appartenance, il en prend un coup. Les acteurs de base sont alors complètement paumés.

## DÉFINIR UN PROJET DE PÔLE

Le projet de pôle a été élaboré par les médecins, mais sous le contrôle de la direction de pôle, parce qu'il fallait une vision politique et stratégique que ne pouvait donner que la direction de pôle. Les médecins, eux, ont élaboré un projet médical, mais... C'était déjà assez nouveau, l'organisation en pôles et la délégation de gestion, alors on ne pouvait leur demander tout en même temps. Jusque-là, les médecins n'avaient pas du tout cette façon-là d'aborder les situations : ils étaient plutôt auprès des patients et ne s'occupaient pas de l'intendance. Maintenant, ils sont quand même plus impliqués et concernés, parce qu'on n'a eu de cesse de leur expliquer tout ce qui est PMSI, GHS, valorisation, etc. Mais pour eux, ça restait – et ça reste – nouveau, donc on pouvait les laisser former leur projet médical, mais il fallait aussi les induire dans le sens de la réflexion stratégique. La fonction soins-recherche-enseignement, ça, ils savaient très bien faire, mais le reste – se caler par rapport à un projet d'établissement, avoir un projet d'établissement et de pôles –, c'était beaucoup plus difficile. Et ça s'est plutôt bien passé. Bon, bien sûr, ils ne sont pas tous porteurs de flambeaux : il y en a qu'il faut sortir de leurs habitudes, et on rame sec. Mais comme on est dans un petit pôle, c'est plus facile de vaincre les résistances et de les induire dans le changement.

## LE POSITIONNEMENT DU CADRE SUP DANS UN PÔLE

- Quel est le positionnement du cadre sup à l'intérieur du pôle ? Il est toujours clair ? Il est clair pour tous ?

Ah, oui, oui, tout à fait. Tout ce qui est gestion des ressources humaines, c'est quand même nous qui le faisons : affectations, répartition, recrutements, évaluation, plan de formation. Bien sûr, on le fait en lien avec les équipes, mais ça nous revient à nous, les cadres sup. Mais ça n'a pas vraiment pas changé. Ce qui a un peu changé dans notre fonction, c'est la gestion purement économique, en sachant qu'on est obligé – en tous les cas, moi, je fonctionne comme ça – d'avoir un contrôle effectif sur tout ce que commandent les cadres pour leurs unités. Parce que moi, j'ai la vision du pôle, et elles, elles n'ont la vision que de l'unité. C'était moins le cas avant : on n'était pas sur une gestion aussi fine. Maintenant, on est vigilant sur toutes les lignes : tous les postes qui sont gros consommateurs, on les voit avec l'assistant de gestion.

- Comment s'établit la répartition des tâches avec l'assistant de gestion ?

Je travaille beaucoup avec lui, parce qu'on a chacun notre domaine de compétences. Lui, c'est purement financier, et moi, c'est pratico-pratique.

## LE CLIVAGE ADMINISTRATIFS-MÉDICAUX DANS UN PÔLE

- Comment est reconnue l'équipe de pôle par les médecins du pôle ?

Ca dépend. Comme moi, je suis dans la logique de soins et que tout ce qui est organisation des équipes de suppléants passe par moi, ils me font confiance : ils savent que si ça ne marche pas, c'est que je n'ai pas pu faire ce que je voulais. Ca, c'est quand je suis rattachée aux équipes de soins. Mais des fois, je suis pour eux l'administrative de la direction : quand je prends des décisions qu'ils n'ont pas validées ou sur lesquelles ils ne sont pas d'accord, par exemple le choix des cadres, l'organisation des équipes. Là, il faut les contraindre, parce qu'il ne faut pas perdre de vue qu'à un moment donné, il faut avoir de l'activité.

## LES MÉDECINS QUI DEVIENNENT DIRECTEURS DE PÔLE

**Pour qu'un pôle marche bien, il faut des médecins coordonnateurs qui ne soient pas seulement là pour ne pas perdre la prégnance de leur pouvoir qu'ils avaient sur leur secteur.** Ceux-là n'avaient pas bien mesuré, à mon avis, qu'en devenant coordonnateurs, ils ne seraient plus chefs de service – parce qu'ici, les coordonnateurs de pôles ont dû démissionner de leur poste de chef de service –. Et comme la fonction de coordonnateur était très récente, **ils se sont retrouvés dans un espère de no man's land où, en définitive, ils n'étaient plus en position de chefs de service et n'avaient pas beaucoup de pouvoir en plus, et même beaucoup moins qu'avant.** Ceux-là n'ont pas encore tout à fait pris la mesure de l'intérêt de la fonction de coordonnateur : lorsqu'ils sont interpellés comme coordonnateurs, ils renvoient sur le directeur administratif de pôle ou le cadre sup. Ils ne prennent pas leurs responsabilités, ils tapent en touche : « C'est vous qui vous en chargez ».

*- Quels sont les médecins qui sont allés sur les positions de coordonnateurs ?*

**Il y a deux profils. Il y a des chefs de service vieillissants qui se sont dits « Ma foi, ce serait un bon poste de fin de carrière, un meilleur poste que chef de service, parce que chef de service, il faut quand même bosser » (rires)... Pardon, excusez-moi (rires). Et puis, il y en a d'autres qui sont plus ambitieux, ou mieux informés : c'étaient des médecins plus impliqués, qui étaient déjà parties prenantes sur le plan politique et stratégique.**

## DE QUELQUES PETITES RETICENCES DES CADRES SUP AUX POLES

*- Comment les cadres sup ont-ils vécu la création des pôles ?*

Ce qu'il faut déjà dire, c'est que **la création des pôles a supprimé des postes de cadre sup** : non remplacement des départs à la retraite, moins de cadres sup sur des missions transversales. **Ca s'est fait avec quelques grincements de dents**, parce qu'on aurait souhaité avoir un plus grand accompagnement dans les pôles : sur certains pôles – soit parce qu'ils sont très grands, soit parce qu'ils sont multi-localisés –, il a fallu mettre quelqu'un qui accompagne le cadre sup : et ils ont mis un cadre, alors qu'on aurait pu mettre un cadre sup à mon goût.

**Ensuite, ce qui peut poser problème pour les cadres sup, c'est l'affectation sur certains pôles, des pôles pluri-localisés ou pas très intéressants**, par exemple un pôle logistique avec des ambulanciers, des brancardiers – qui sont quand même des personnels de soins –, et tout ce qui est équipes de nettoyage avec des ASH. **Sur ces pôles, on n'y va pas gaiement, on y va contraint et forcé. On préfère un pôle clinique.**

## DE LA RÉTICENCE DES DIRECTEURS À DEVENIR DIRECTEURS DE PÔLE

*- Certains directeurs (administratifs) de pôles étaient auparavant sur des directions fonctionnelles. Comment ont-ils vécu ce passage ?*

Je pense que ça a été... Enfin, je n'en sais rien, parce que je ne suis pas directeur. **Mais je pense que ça a été très dur pour eux. Certains ont perdu beaucoup en termes d'expertise. Auparavant, ils avaient un seul domaine de compétences, très très pointu, par exemple dans un service économique. Alors, qu'une direction de pôles, c'est plus large et moins précis. Il faut contrôler tout ce qui relève des affaires médicales, vérifier les fonctionnements un peu partout, faire plus de relations humaines. Je crois que les directeurs qui ont été très résistants, l'ont été surtout parce qu'ils étaient confrontés à un problème de niveau de compétences. C'est difficile à vivre, surtout en fin de carrière.**

## ÉVICTION DE LA DIRECTION DE SOINS

Les directeurs de soins ont été positionnés par la direction générale en missions transversales, notamment sur tout ce qui est projet de soins infirmiers. C'est vrai que cela n'a pas été bien vécu par les directeurs de soins, parce qu'ils pensaient continuer à rester en position hiérarchique et éventuellement être parties prenantes des pôles, par exemple au niveau de la gestion des ressources humaines. C'était inconcevable, même s'ils avaient une expertise qui aurait pu être intéressante au niveau des pôles, mais on ne peut pas multiplier les lignes hiérarchiques. Moi, maintenant, je ne dépends que du coordonnateur général des soins.

*- Le coordonnateur et les directeurs de soins ne sont pas présents au conseil exécutif, je crois...*

**Oui, mais ce n'est pas la fonction qui a été exclue, je pense, c'est plutôt les individus qui ont été exclus.** Ils sont un peu trop forts en gueule, sans en avoir nécessairement les arguments : pour faire passer ses idées, il faut avoir les moyens et les formes de ses idées. Ils sont aussi restés trop près des soins pour faire partie du conseil exécutif.

*- Cette exclusion ne pose pas un problème pour la représentation de la filière soignante ?*

**Si, je pense. Le problème, c'est que nous, les soignantes, on a, de façon générale, peu de vision stratégique et politique. On est souvent dans le pratico-pratique, on a souvent le nez dans le guidon.**

## UNE VISION DES POSITIONNEMENTS SYNDICAUX

*- Vous avez eu des échos sur les positions syndicales sur la Nouvelle Gouvernance ?*

**Oui, c'est toujours comme ce qui se passe toujours en France : en France, on est contre, mais sans se donner les moyens de proposer autre chose. Les syndicats sur la NG, c'est cela : ils sont contre, sans savoir ce qu'il y a vraiment dedans.** Je ne dis pas que tout est rose dans la NG : dans la gestion de proximité, on est gagnant, mais il y a encore beaucoup de choses à affiner sur les communications entre les pôles, les communications entre les pôles cliniques et les pôles prestataires. Mais à mon avis, je pense qu'on est relativement gagnant. **Pour les partenaires sociaux, ce n'est pas le même avis. Mais en fait, ils ne sont pas vraiment inclus dans les instances, de façon à comprendre les tenants et les aboutissants de la réforme.**

*- Ils ne sont pas présents en conseil de pôle ?*

Le conseil de pôle est en cours de formation, donc il faut attendre encore un peu : il y a des représentants syndicaux qui sont candidats, mais ça ne veut pas dire qu'ils soient très représentatifs, professionnellement parlant. Et **il est hors de question – et on est d'accord sur ce point avec le directeur administratif – de laisser le conseil de pôle se transformer en débat syndical.** On abordera les problèmes, mais les modes d'intervention seront canalisés : ce ne sera ni le lieu, ni le moment de se positionner politiquement, syndicalement parlant.

## **Portrait 9 : Cadre supérieur, CHU**

### UNE EXPÉRIMENTATION DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION

**On a expérimenté la déconcentration de gestion : une déconcentration des moyens financiers, aussi bien au niveau des produits que des mensualités des personnels.** On a fait un état des lieux de nos mensualités des titulaires et des contractuels. Ensuite, on a signé un contrat annuel de pôle avec des moyens en adéquation avec nos projets. Donc, en plus des mensualités normales liées au tableau des emplois, on a eu quelques mensualités supplémentaires pour nous faire fonctionner en autonomie, sans que quelqu'un regarde de près ce que l'on faisait, à condition que l'on ne dépasse pas nos mensualités annuelles. **C'était d'une très grande souplesse. Si j'avais besoin d'une remplaçante, je le prenais ; si je pouvais faire autrement, je ne la prenais pas. Je n'avais pas besoin de me justifier auprès de l'administration. Ca, c'était bien (rires).**

*- Vous employez l'imparfait, c'est donc...*

Que ce n'est plus comme ça, malheureusement. Parce qu'en fait, **l'expérimentation a servi à l'administration à se rendre compte des failles du système. Selon eux, il pouvait y avoir des dérives, notamment des besoins mal évalués en début d'année.** Par exemple, lorsqu'un pôle est suffisamment persuasif dans sa négociation de contrat de pôle auprès de la Direction Générale et des Directions Fonctionnelles, il peut obtenir plus de moyens que nécessaire. C'est ce qui nous est arrivé : ils ont considéré en fin d'année qu'on était trop bien arrivé à nos objectifs, et donc ils ont considéré que les besoins avaient été mal évalués. Ils ont notamment recalé le tableau des emplois. **On a donc un peu moins de liberté qu'avant, dans la gestion des personnels.** Ce n'est pas dramatique – il ne faut pas exagérer –, mais cela perd de l'intérêt pour les cadres sup. **C'est dommage, parce que cette liberté était intéressante : on pouvait faire des économies sur un poste budgétaire pour les basculer sur un autre poste.** Cela ne veut pas dire que j'ai profité de cette liberté pour dépenser à outrance – il y a même des personnels non médicaux qui m'ont reproché en fin d'année d'avoir été trop économe sur les dépenses –, mais cela donnait des marges de manœuvre.

### L'ÉQUILIBRE PÔLES-DIRECTIONS FONCTIONNELLES

**J'ai bien vu que les directions fonctionnelles, et notamment la direction des soins, n'étaient pas encore bien en phase avec les pôles. Elles déraillent encore un peu, elles ont tendance à se mêler de la vie des pôles.** Par exemple, la direction de soins a tendance à vouloir encore faire des remplacements de personnels, parce qu'elle estime qu'elle a une vue d'ensemble. Mais un pôle a déjà une vue d'ensemble. Bon d'accord, le pôle n'a pas de vue d'ensemble sur l'ensemble de l'hôpital, mais il a quand même une vue d'ensemble. Et là, on vient de parler de la direction des soins et des remplacements, mais on peut avoir le même problème avec la direction de l'équipement et de la logistique. **On a une délégation, donc ils n'ont pas à savoir ce que l'on fait de cet argent : si on ne dépasse pas les sommes qui nous sont octroyées, logiquement ils n'ont pas à dire « Il faut que vous attendiez pour acheter tel truc ». Mais ils ont encore tendance à le faire, alors qu'il faudrait qu'ils restent en garde-fous.**

### LA DIRECTION DE SOINS

*- Allons-y franco : est-ce qu'au vu de ce que vous venez de dire, la direction de soins, ça sert encore à quelque chose ?*

**Moi, je dis que ça ne sert plus, en l'état actuel.** Ils ne doivent plus avoir le même rôle. Ils doivent simplement avoir un rôle de coordination entre les pôles : faire en sorte qu'il n'y ait pas trop de décalages entre les pôles, que les cadres sup ne deviennent pas des petits chefs et que cela soit dramatique pour ceux qui sont en dessous. Il faut de la coordination, mais plus le pouvoir qu'ils avaient avant.

### LE VRAI CHEF DE PÔLE : LE MÉDECIN

Je fais toujours remonter les informations au coordonnateur médical de pôle, parce qu'après tout, dans la déconcentration de gestion, c'est le seul maître à bord.

*- Plus encore que le directeur administratif de pôle ?*

Oui, jusqu'à présent, cela nous a été présenté comme cela. Regardez, au départ, les directeurs administratifs ne signaient pas les contrats de pôle. Maintenant, ils le signent – ce qui montre que l'expérimentation permet de recalculer les

positionnements – mais **les coordonnateurs médicaux restent les maîtres à bord. Heureusement à mon goût, comme ça, l'administration ne prend pas tous les pouvoirs.**

## LES PROFILS DES DIRECTEURS MÉDICAUX DE PÔLE

*- Y a-t-il des profils de médecins qui vont sur les postes de coordonnateurs ?*

Je vois plutôt des gens qui sont en fin de carrière, qui n'ont rien à y perdre. Ils ne perdent pas leur compétence médicale parce qu'ils sont en fin de carrière et qu'ils n'ont plus rien à prouver. Enfin, j'exagère un petit peu, mais ils ne font plus de travaux de recherche, c'est ce que je veux dire. Et puis, ce sont des gens qui commencent un peu à se lasser, qui ont envie de voir autre chose.

*- C'est plutôt un poste prestigieux ?*

**Non, c'est un poste galère !** S'ils y ont vu le prestige, à mon avis, ils se sont trompés. **Parce qu'ils se prennent des coups, quand même. Des coups de leurs collègues.** Il faut toujours qu'ils soient en train de naviguer entre la direction générale et leurs collègues. Et pour cela, il leur faut du mental. Il ne faut être ni trop rigide, ni trop gentil. Il faut savoir plier à certains moments, quitter à paraître trop souple.

## DE LA PRÉSENCE DES CADRES DANS LES BUREAUX DE PÔLE

Notre bureau de pôle, c'est l'équipe de pôle élargie à tous les services : il y a un représentant par service, soit le chef de service, soit le cadre. En général, au début, c'était souvent le cadre qui était là : on discutait de tous les problèmes de chaque service, y compris des questions médicales, des axes médicaux. **Et les chefs de service, n'étant pas présents, ne s'apercevaient pas que les cadres échangeaient de plus en plus entre elles, qu'elles étaient amenées à raconter ce qu'il se passait dans leur service à tout le monde : tout le monde prenait acte des différents fonctionnements, c'était très fédérateur au niveau des cadres. Au bout de quelques mois, les chefs de service ont vite senti le danger, parce que pour eux, c'étaient les cadres qui prenaient le pouvoir. Ils ont eu l'impression que tout leur échappait, que leur cadre leur échappait notamment. Donc, après, il y a eu des retours de bâton. On a bien senti ensuite qu'ils voulaient reprendre les choses en main ; cela s'est vu dans l'élection du coordonnateur médical de pôle. Il y avait un candidat qui prônait « Tout le pouvoir aux médecins » et qui a failli passer.**

## LA RÉSISTANCE DES CADRES

**Je chapeaute tous les cadres des différents services. C'est quand même quelque chose de difficile à vivre pour les cadres, parce que quand ils sont devenus cadres, ce n'était pas comme ça. Quand j'étais cadre par exemple, je n'avais pas de compte à rendre à une autorité entre guillemets « intermédiaire », j'avais l'impression d'avoir beaucoup plus d'autonomie, de négocier directement avec les directions fonctionnelles. Maintenant, ce n'est plus le cas. Quand les cadres ont un besoin, c'est avec moi qu'elles le voient : elles n'ont plus de contacts, d'interférences avec les directions fonctionnelles, et donc elles l'ont assez mal vécu au départ. Pour elles, cela fait une strate en plus. Avant, il y avait déjà des cadres sup, mais ils n'avaient pas ce pouvoir : ce n'était pas noté noir sur blanc, et selon les cadres sup, c'était très fluctuant. Beaucoup de cadres sup n'étaient là que pour faire une harmonie entre tout le monde, mais ne se mêlaient pas forcément des détails. On se retrouve aujourd'hui dans une situation un peu plus difficile. Mais on s'est calé assez rapidement. J'ai été claire dès le départ : je leur ai dit « C'est comme ça et ce n'est pas autrement ».**

## COMMENT LES MÉDECINS VOIENT LE DIRECTEUR MÉDICAL

**Le coordonnateur médical est parfois perçu par les autres médecins – comme nous les cadres, on est souvent perçu d'ailleurs – comme un coordonnateur un peu trop administratif et véhiculant un message de Direction Générale. Quand les coordonnateurs sont très présents dans les réunions centrales, cela a vite des répercussions dans les pôles. C'est vu comme une collaboration avec les administratifs, où l'on perd de vue tout ce qui est médical.**



## **Portrait 10 : Cadre supérieur, CH**

### LES NIVEAUX D'IMPLICATION

*Les pôles ont déjà commencé à véritablement fonctionner ou est-ce encore une perspective ?*

**Je pense que les cadres sont déjà rentrés dans le système du pôle, que ce soient les cadres sup ou les cadres de santé. Mais je ne suis pas du tout persuadée que les personnels soient rentrés dans cette optique-là : ils s'en foutent, complètement. Je le vois bien dans les services. Ils s'en foutent. On leur dit « vous êtes dans le pôle X », ils disent « OK, on est dans le pôle X », c'est tout.**

*Et les médecins ?*

**Je pense que les médecins adhèrent au pôle. Enfin, plutôt : je pense qu'ils n'y croient pas vraiment, mais qu'ils essaient d'y adhérer, c'est-à-dire que quand on fait des réunions de pôle, ils viennent. Donc ça, c'est bien de leur part. Mais, bon, après, je pense qu'ils ne sont pas persuadés que cela changera quelque chose dans leur service. Et puis, il y a aussi de sacrées résistances et réticences.**

*De quels types ?*

**C'est surtout un problème d'hommes, d'abord au niveau des chefs de service. Ils ont souvent dû faire contre mauvaise fortune bon cœur. Je me mets à leur place : ils sont chefs de service, et poum, il y a un chef de pôle qui arrive, donc ça dérange, forcément. Leur compétence n'a pas été remise en doute, mais c'est pas facile pour eux. Les médecins, ils ne sont quand même... pas habitués, disons... à être dirigés. Un cadre, vous lui mettez un cadre sup : qu'il lui plaise ou qu'il ne lui plaise pas, il va travailler avec, parce que c'est comme ça ! Un médecin, il est individualiste, surtout quand il est chef de service : il n'aime pas avoir tout d'un coup un médecin qui vient au dessus de lui.**

### ATTENTES FORTES D'ACCELERATION

*Pour le moment, est-ce que cela a changé des choses ?*

**On commence à faire des réunions, on commence à avoir un suivi d'activité. Mais ce n'est qu'un début. C'est vrai que moi, j'aurais aimé que l'administration nous donne des comptes pour connaître les services rentables et pas rentables. Ça fait des années d'ailleurs que l'on demande des comptes : « Vous dites que telle activité n'est pas rentable, d'accord, mais dites-nous alors combien elle coûte en personnels, en matériel et tout le reste, et dites-nous combien cela rapporte ». Et bien, ça, ils n'ont jamais été capables de nous le sortir. Ça, c'est des réponses que j'espère obtenir avec les pôles. Pour l'instant, on a suivi d'activité, mais on n'a pas vraiment de rapport financier pour savoir quelles sont les activités rentables ou non.**

*Vous pensez que ça, cela va mieux marcher avec les pôles ?*

**Je pense que... Je pense que cela devrait mieux marcher. Mais on en est loin, pour le moment.**

### LES CHEFS DE SERVICE

**Le gros problème des pôles que nous, on vit, et je pense que cela doit être la même chose ailleurs, c'est la guerre entre le chef de pôle et le chef de service. Au départ, Mattéi avait dit « On supprime les chefs de service ». A mon avis, c'était plus intelligent que maintenant, où le chef de pôle est confronté à des chefs de service qui n'ont qu'une idée : lui foutre des bâtons dans les roues. Ne pas avoir enlevé les chefferies de service, ça, à mon avis, c'était une grosse erreur. Et si les pôles échouent, ça sera à cause de cela. Enfin, à mon avis, je pense que ce sera à cause de cela. Avec Mattéi, il ne devait plus y avoir de chefs de service. Mais comme il y a eu une fronde des médecins et que Douste-Blazy est courageux comme je ne sais pas quoi, il a dit « on va leur laisser leurs chefferies de service, et puis on verra après ». « On verra après » parce qu'il n'a qu'une idée en tête : c'est de se barrer de la Santé parce que dès qu'il y a un poste ailleurs, il essaie de l'avoir. Donc, « on verra après »... C'est un vrai recul. Mattéi, on lui a cassé du sucre dans le dos à cause de la canicule, mais c'est ridicule selon moi. Par contre, Douste-Blazy, pour moi, c'est pas un ministre de la santé, c'est une catastrophe, ce gars-là. Qu'on soit de droite ou de gauche, c'est pareil, on voit bien que c'est une catastrophe : sa réforme de la Sécurité Sociale n'a pas résolu les problèmes, le gouffre va rester. Il commence par vouloir fermer les hôpitaux de proximité qui coûtent cher et qui n'ont pas beaucoup d'activité, par exemple les maternités avec moins de 600 accouchements. Mais comme les politiques locaux sont montés au créneau, il est revenu sur tout : le problème est toujours là, les dépenses sont toujours là, et on n'a pas avancé d'un iota. **Sur la Nouvelle****

**Gouvernance, c'est la même chose, il a reculé. Les chefferies de service, il ne fallait pas les supprimer d'un seul coup, du jour au lendemain, mais il aurait fallu se donner une date limite : cela aurait permis à certains chefs de service de devenir chefs de pôle, d'autres seraient partis à la retraite, etc. Cela aurait été à mon avis plus intelligent parce que, si on veut vraiment faire de la polyvalence dans un pôle, il faut qu'il n'y ait plus de chefferie de service. Comment voulez-vous demander à des gens d'être polyvalents dans une structure qui est encore coupée en services ? C'est impossible.**

*Vous pensez que c'est possible d'enlever les services ?*

**Moi, je pense que c'était très possible. On mettait un chef de pôle, responsable de tous les services. Alors que la disposition actuelle, c'est bâtarde. Je pense qu'il y a peut-être des endroits où ça peut marcher très bien : si les gens s'entendent bien, ça doit marcher super bien. Mais, par exemple, ici, dans l'hôpital, il y a un pôle où les chefs de service ne peuvent pas se supporter entre eux, et comme le chef de pôle est un de ces chefs de service, je ne vous dis pas l'ambiance ! Je ne sais même pas s'il y a des réunions de pôles.**

## LA FAIBLE LEGITIMITE DES CHEFS DE POLE

*Les chefs de pôle ont une légitimité reconnue ?*

Ca dépend des pôles. Ici, on a un pôle où le chef de pôle n'est pas médecin. Les autres ne lui reconnaissent pas de légitimité ; ils disent sans cesse « Quand je pense que ce n'est pas un médecin qui est chef de pôle ». Ben, oui, peut-être, mais personne ne voulait y aller. Il n'a pas postulé, mais comme personne ne voulait y aller, il y est allé, parce que c'est quelqu'un qui aime bien l'hôpital, qui est à temps plein, qui a envie d'aller de l'avant. Mais bon, c'est pas facile pour lui d'être reconnu.

*Pourquoi, d'après vous, personne ne voulait y aller ?*

Parce que, d'abord, les médecins ne s'entendaient pas entre eux : si ça avait été un médecin du service X, ceux des services Y et Z auraient râlé, et réciproquement. Parce qu'aussi, ils disaient que c'est beaucoup de travail, trop de travail, et qu'ils ne sont déjà pas nombreux, ils disaient qu'ils ne peuvent pas tout assumer.

*Chef de pôle, c'est un poste de prestige, déjà ?*

**Je pense que c'est pas reconnu comme un poste de prestige, c'est reconnu comme un poste à emmerdement. Pour l'instant. Après, peut-être ? Ceux qui sont contents, c'est ceux qui sont au conseil exécutif : ils ont l'impression de manager plus l'hôpital.**

## LE CONSEIL EXECUTIF ET L'EVICITION DES SOIGNANTS

**Le vrai problème du conseil exécutif, ce n'est pas qu'il n'y ait pas les syndicats. Je les comprends à vrai dire de ne pas avoir voulu mettre les syndicats dans le conseil exécutif, parce que, bon, on le voit bien, pour eux, les syndicats, quand ils sont puissants, ça met des bâtons dans les roues, ça empêche d'avancer, c'est des empêcheurs de tourner en rond, donc si les syndicats n'y sont pas, ils sont plus tranquilles. Mais le vrai problème, c'est qu'il n'y ait pas de soignants : puisque les médecins sont représentés, je trouve que les personnels soignants auraient pu être représentés par un cadre sup. Cela aurait été plus logique. Mais enfin... on sait ce que le Ministère pense des soignants !**

*Que pense-t-il justement ?*

**Il pense que les soignants, c'est le troupeau et que le troupeau doit suivre. Les médecins, eux, sont tout puissants, et ils le seront encore plus. Parce qu'il ne faut pas se leurrer, les médecins sont tout puissants : je vois, ici, un médecin qui dit « je ne veux pas faire ça », le directeur n'a aucun moyen de lui faire faire autre chose. Tant que les médecins seront tout puissants, c'est sûr, à mon avis, que les hôpitaux auront des difficultés à fonctionner.**

## LES RETICENTS DANS LE CONSEIL EXECUTIF

*Est-ce qu'on peut penser que le conseil exécutif sera un outil pour le directeur pour faire bouger les choses ?*

**Ca devrait, mais bon, les gens qui sont au conseil exécutif, ce n'est pas forcément des gens qui ont envie d'aller de l'avant. J'en dirai pas plus. Il y en a, oui, mais pas tous.**

*Ceux qui sont au conseil exécutif, ils ont des profils un peu particuliers ?*

**Oui, oui : des anciens, des anciens qui ont été élus par la CME.**

*Dans le conseil exécutif, on n'a donc pas que des convaincus ?*

**Non, on a des réticents aux pôles. Il y en a qui sont allés dans le conseil exécutif juste pour voir ce qui se passait. Ils sont là pour voir, c'est tout : d'ailleurs, ils l'ont dit, il y en a même qui l'ont écrit : « on est là pour voir ce qui**

**va se passer** ». Et je pense qu'ils ont été élus pour ça. On a entendu des médecins qui ne voulaient surtout pas que X soit élu au conseil exécutif parce qu'ils craignaient d'être secoués comme des pruniers.

## RAPPORTS NG / T2A et AVIS SUR LA T2A

*Vous voyez des rapports entre Nouvelle Gouvernance et T2A ?*

**Non, je ne pense pas, non. Je ne pense pas que Mattéi ait fait La Nouvelle Gouvernance pour la T2A, ou qu'il ait fait les pôles pour la T2A. Honnêtement, à part la polyvalence des personnels... A mon avis, je pense que la Nouvelle Gouvernance a uniquement été mise en place pour la polyvalence des personnels.**

*Et la T2A, vous en pensez quoi ?*

**Moi, là où je trouve que la T2A est très délétère, c'est qu'on a une mission publique et qu'on ne peut pas refuser, comme les cliniques, les gens qui n'ont pas d'argent, qui n'ont pas de carte de séjour. On ne peut pas leur dire « Allez voir ailleurs, on ne peut pas vous opérer parce que vous ne pouvez pas payer » : à l'hôpital, ce n'est pas possible, on a quand même beaucoup de créances irrécouvrables.**

*Sur ce point, la T2A, ça change quelque chose ?*

**Disons que ce n'est pas logique. Mettons qu'un jour il y ait de la T2A à 100 %, on n'aura plus que les MIGAC (IMissions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) pour assurer les missions de service public, mais comme c'est des enveloppes ridicules, des enveloppes qui sont inférieures aux coûts, ça pose un vrai problème. Les hôpitaux qui ont beaucoup d'activité avec la T2A, vont s'y retrouver, mais les autres, ceux qui n'ont pas beaucoup d'activité, vont fermer. D'ailleurs, la T2A, c'est fait pour ça, il ne faut pas se leurrer, c'est pour que les services, qui ne sont pas rentables, ferment ; cela a été mis en place uniquement pour cela.**

*Vous voyez des effets positifs à la T2A ?*

**Un effet positif de la T2A, c'est peut-être un des rares effets positifs, mais c'est important, c'est que les médecins ne remplissaient pas les RUM (Résumé d'Unité Médicale). Et avec la T2A, l'argent ne rentre pas, si on ne remplit pas l'activité. Quand on ne remplit pas l'activité, la DIM ne donne rien : pas de RUM, pas d'activité, pas de sous. Y a des médecins qui disaient « Oh, non, moi, je ne les remplis pas », exactement comme avant avec les points ISA : on perdait des tonnes de points ISA parce que les médecins ne se donnaient pas le mal de les remplir réellement. Maintenant, dans les pôles, avec la T2A, ils vont récupérer des moyens en fonction de l'activité : je peux vous dire qu'ils vont remplir les RUM !!! Alors, pour l'instant, c'est long à lancer la machine, mais il y en a qui ont compris. Par exemple, le médecin X, qui est contre les pôles, je peux vous dire qu'il les fait remplir dans son pôle, et de façon impeccable ! Il est pratiquement à jour. Avant, il s'en foutait royalement. Donc, ça, c'est positif, selon moi. Le pôle travaille = il a de l'activité = il a des moyens. Après, il y aura un choix à faire au niveau du conseil exécutif : est-ce que le service qui marche renfloue celui qui ne marche pas ? Ou est-ce que celui qui marche, on lui donne les moyens de marcher encore mieux ? Je ne sais pas ce que sera la position du conseil exécutif parce qu'on n'en est pas encore là, mais ce sera une évolution qui se fera nécessairement.**

## LA POLYVALENCE

*Que pensez-vous de la polyvalence, parfois crainte par les personnels ?*

**Ce n'est pas syndical ce que je vais vous dire : parce qu'il y a la position des cadres et puis la position syndicale. La position syndicale, c'est de défendre les personnels, des personnels qui souhaitent ne pas être polyvalents dans les services : ils ont leur service attitré et ils ne veulent pas en changer. La polyvalence, c'est quelque chose qui n'est pas du tout rentré dans les mœurs, particulièrement ici, me semble-t-il : je sais que dans d'autres hôpitaux, c'est rentré dans les mœurs, mais pas ici. Alors, c'est sûr que les pôles, ça va faire rentrer la polyvalence dans la tête des gens : ils seront affectés à un pôle qui devra marcher, donc, s'il manque des collègues, ils vont se sentir presque obligés d'y aller. Ça peut poser des problèmes parce que c'est vrai que la polyvalence, ce n'est pas toujours agréable pour les agents. Mais d'un autre côté, on se rend bien compte que cette polyvalence est inévitable. Dans le temps, il y avait pléthore de personnels, maintenant on est vraiment au minimum : dès qu'il y a quelqu'un de malade, ping, ça ne tourne plus, il faut que la collègue vienne aider. Les gens sont devenus un peu fatalistes par rapport à tout ça.**

*Et la position des cadres, alors ?*

**Il y a des expériences réussies de polyvalence, par exemple dans les cliniques. J'ai lu un article sur une société nordique qui est en train de racheter des cliniques dans le sud de la France : ils ont fait une politique de polyvalence de personnels absolument fantastique, c'est-à-dire qu'ils ont enlevé à peu près 20 % du personnel et que les gens**

tourment : 3 heures en chirurgie, 3 heures en médecine, ils tourment tous, tout ça avec des compensations financières : une augmentation de 15 à 20 % – c'est ce qui est écrit dans l'article : je n'ai pas vérifié –. Et il semblerait que cela marche alors très bien : les personnels ne s'en vont pas, au contraire. **Finalement, la polyvalence, quand elle est bien gérée et qu'on l'a acceptée, après tout, ce n'est pas plus mal qu'autre chose : à partir du moment où on travaille, on travaille. Mais ça ne peut marcher que s'il y a une compensation financière importante.** Si l'on propose aux infirmiers, qui ne sont quand même pas des gens excessivement payés, de leur rajouter 15 à 20 % sur leur salaire en contrepartie de la polyvalence, ils ne diront pas non.

*Dans le public, ici, ça vous paraît possible ?*

Dans le public, ça ne paraît pas possible, d'abord parce que la paye est statutaire, avec des échelons. Dans certains hôpitaux, les directeurs donnent des primes spécifiques pour recruter des infirmiers qu'il n'y a plus sur le marché, du genre 1000 Francs par mois : les infirmiers ne sont pas idiots, ils choisissent l'hôpital où ils vont gagner plus. Mais là, le directeur est très statut, texte, « il n'est pas question que je déroge à cela ». Donc, c'est pas à l'ordre du jour pour le moment.

## **Portrait 11 : Médecin, PH, CH**

### UNE LECTURE CRITIQUE DU CONTEXTE LOCAL ET GLOBAL

*- Pouvez-vous me donner votre point de vue sur le contexte général dans lequel se trouve l'établissement ?*

Je suis arrivé ici sans avoir le moindre *a priori* sur l'établissement, ni positif ni négatif. J'ai découvert une administration qui critique l'activité tant en interne qu'en externe. Dans le public, on a l'habitude de se critiquer soi-même. Mais là, on casse sa propre boutique à force de dire que notre activité est insuffisante par rapport aux établissements privés, ce qui n'est pas le cas. **J'ai l'impression que l'administration présente les chiffres d'activité de l'établissement toujours de telle façon à nous mettre dans le rouge alors que ce n'est pas vrai.** À l'intérieur de l'établissement, l'image qui se développe est tellement critique que cela en est monstrueux. Par exemple, l'administration comptabilise l'activité chirurgicale uniquement à partir des opérations réalisées et ensuite prétend que nous opérons moins que dans le privé. Mais moi, dans mon activité de chirurgien, je ne comptabilise pas seulement les actes opératoires. Si j'arrive à éviter d'opérer un malade, je suis ravi de lui épargner cela. Je ne cherche pas à opérer à tout prix. J'ai choisi le public pour ne pas être obligé de faire du chiffre : je ne suis pas tenu d'opérer pour être rentable. Je ne sais pas comment ils font dans le privé, mais je pense qu'ils sont accrocs à l'acte ; ce ne devrait pas être le cas dans le public. **À l'hôpital, on est au service du public. Par exemple, on est là à deux heures du matin pour opérer quelqu'un qui en a besoin. Dans une clinique privée, on ne vous attend pas à deux heures du matin.**

Notre administration est très éloignée des problèmes ; on ne se sent pas soutenu par elle. De *facto*, nous n'avons aucun dialogue avec elle. Nous avons des problèmes de tous les instants, de tous les niveaux à tous les instants. Des problèmes de matériel, d'organisation, humains, de fonctionnement...

Au niveau général, les directives qui sortent, les textes nouveaux, rendent tout de plus en plus difficile. Par exemple, avec les directives sur les repos compensateurs, les durées de travail en continu, les gardes, nous ne réussissons plus, à trois médecins, à couvrir la semaine dans le service. Autre exemple, les textes réglementaires, lorsqu'ils sont appliqués à la lettre, rendent les situations inextricables. Il y a chez certains responsables une sur-lecture des textes qui complique les choses. Ainsi, sur les règles de stérilisation des instruments consécutifs aux problèmes relatifs au Creutzfeld-Jacob, certains outils de chirurgie doivent passer à l'autoclave pendant une durée élevée et à une température particulière. Mais moi, je n'utilise que des outils qui n'ont rien à voir avec la neurochirurgie (concernée par le Creutzfeld-Jacob) et dont, par ailleurs, j'ai l'exakte traçabilité, ce qui me permet de savoir qu'ils n'ont pas pu être infectés. Et bien je vais me retrouver contraint de les soumettre à une durée de stérilisation inutile et un malade qui doit être opéré en urgence peut en pâtir. Cette sur-lecture des textes crée des conflits internes entre le médecin et le responsable de la stérilisation.

### LES PÔLES : UN EMPILEMENT INUTILE

*- Quelle lecture avez-vous de la mise en place de la Nouvelle Gouvernance ?*

**L'invention de l'électricité a été plus importante que celle de la Nouvelle Gouvernance, je crois... La Nouvelle Gouvernance, ce n'est pas une idée à nous, médecins. Et si on ne l'avait pas eue, c'est qu'on ne pensait pas qu'elle était indispensable.** Ce qui nous paraissait indispensable par contre, c'était la mise en place d'un collège de chirurgiens au niveau de l'établissement. On avait l'intention de le mettre en place et la Nouvelle Gouvernance est venue remplacer ce projet. Le pôle ne correspond pas tout à fait à un collège de chirurgiens car il y a des membres de la direction dans la réunion. Le conseil de pôle où tous les personnels sont présents y compris l'administration, ça c'est bien. Mais du coup, il n'y a pas d'instance où les chirurgiens se retrouvent pour parler entre eux des questions qui concernent leur activité. Le pôle ne rend pas cela possible. **En plus, avec ce nouveau dispositif, vous rajoutez des couches aux couches... Avant, le chef de service qui avait une question, un problème, appelait directement le directeur. Aujourd'hui, il y a deux couches qui nous en séparent, deux couches en plus. Le chef de pôle et le conseil exécutif.** À chaque fois que vous allez vouloir dire bonjour au directeur, il va vous dire : « Allez voir avec le chef de pôle et le conseil exécutif et, s'ils sont d'accord, vous venez me voir après ». Du coup, les relations se distendent, et comme elles ne sont déjà pas bonnes. C'est de pire en pire.

Le pôle a eu ce rôle de permettre de comparer les activités entre elles. C'est difficile cela. **Un service n'est pas forcément rentable. Il y a une antinomie entre service public et rentabilité. Nous, on a choisi le service public et pas le privé, donc la notion de rentabilité même si on comprend bien qu'il faille intégrer une dimension économique, ne doit pas conduire à changer le comportement médical des chirurgiens.** Par exemple, on nous dit que tel type d'intervention n'est pas rentable, si cela doit conduire à ne plus faire cette intervention ou à la limiter, parce qu'elle n'est pas rentable cela devient un changement de pratiques médicales. Je pense que dans un hôpital public, c'est inacceptable. Il y a des cliniques qui ne font plus certaines interventions au prétexte qu'elles ne sont pas rentables. L'hôpital ne peut pas avoir cette logique, c'est une question d'éthique, nous on s'y opposera.

#### MAINTENIR UN CHEF DE SERVICE ET AVOIR UN CHEF DE PÔLE MODÉRÉ

*- Que pensez-vous d'une éventuelle disparition des chefferies de service lors d'une organisation par pôles ?*

**Je crois que ce serait une mauvaise chose. Dans la grande majorité des cas, les chefs de service sont les plus impliqués dans le fonctionnement de l'hôpital, de leur service. Ce sont des gens qui prennent une charge supplémentaire sans compensation salariale. Du coup, moi je crois qu'un chef de service est indispensable. Pas un chef fantôme mais quelqu'un qui s'implique dans la gestion des problèmes.**

On a choisi un chef de pôle plutôt consensuel sans trop de charisme personnel volontairement. On a choisi celui-là pour éviter d'avoir un chef qui veuille tout faire seul avec sa secrétaire. Il nous est apparu préférable d'avoir quelqu'un qui ne fasse rien sans en avoir parlé aux autres. Il ne faut pas que les intérêts du chef de pôle et de son service priment sur ceux des autres services. **Si un chef de service est un mandarin, il ne faut pas le choisir comme chef de pôle. Il faut des gens très modérés comme chef de pôle.**

## **Portrait 12 : Médecin, PH, CHU**

Quand on s'est posé, en CME, la question de participer à la Nouvelle Gouvernance, ma position, comme celle de beaucoup d'autres, c'était de se dire « De toutes façons, on ne va pas y couper, alors tant qu'à faire, autant s'y préparer, et pouvoir faire en temps utile des observations et des remarques, avant qu'il soit trop tard ». Notre implication, elle a donc été pensée dans ce sens, avec l'idée de participer à la réflexion sur le sujet et voir comment les choses pouvaient être améliorées, optimisées.

La Nouvelle Gouvernance, c'est quelque chose d'assez intéressant, mais le problème de fond – que je rencontre avec beaucoup d'autres collègues –, c'est qu'on est pris par le travail clinique. **Le travail clinique ne nous laisse que peu de disponibilités pour le reste : la gestion, l'administration, l'enseignement, la recherche.** Une des énormes difficultés pour notre établissement, c'est qu'on compte un peu toujours sur les mêmes personnes qui se retrouvent avec sur le dos des charges trop importantes. **Là voilà, ma principale réserve concernant la Nouvelle Gouvernance : le contexte général actuel de pénurie de temps médical. Est-ce qu'on est dans une période dans laquelle il est bien raisonnable de faire faire autre chose que de la médecine à des médecins ? Dit autrement, est-ce que j'ai la possibilité de prendre de mon temps de clinique pour m'occuper du pôle ? La réponse est NON.** Alors oui, je défends théoriquement la participation à l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance, mais à mon échelle, je n'ai pas le temps matériel de m'en occuper, et je ne suis pas le seul. Notre pôle, je peux vous dire qu'il est purement sur le papier. Je peux vous dire qu'il ne sera pas opérationnel au moment prévu. On va attendre le plus tard possible pour le lancer, c'est-à-dire le moment où on sera forcé de le faire. Quand je vois tout ce que je ne fais pas sur le plan clinique et sur le plan de la formation, je me dis « Mais comment consacrer encore plus de temps à la gestion et à l'administration ? ». C'est vraiment pour moi une interrogation fondamentale.

*- Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir appris quelque chose au conseil exécutif, sur la forme, sur le fond ?*

**Si on parle en termes de relation médecins-directeur, oui.** Encore que cela fait un moment – depuis que je siége dans les différentes instances de l'établissement –, que j'ai pigé qu'un DG, il n'est pas là pour être contre les médecins. C'est comme si le directeur d'une entreprise était contre ses ouvriers : un patron, si ses ouvriers font de la merde, il disparaît. Un directeur d'hôpital, c'est pareil : sa carrière, il la fait avec un hôpital qui marche et un hôpital, ça ne peut pas tourner sans des docteurs qui bossent, et qu'on aide à bosser. **Et puis, il faut quand même dire que les directeurs de CHU, c'est quand même pas des cons.** Donc, il y a des points sur lesquels il faut être vigilant – en tant que médecins –, mais bon, naturellement on est fait pour s'entendre – les médecins et le directeur –, on va dans le même sens, on bosse dans le même sens. Donc voilà, je crois que c'est ça qu'on apprend au conseil exécutif. **Les réflexions du genre « La direction ne défend pas les médecins » sont dépassées. Les directeurs, ils défendent les médecins et je suis bien placé pour le savoir.** A chaque fois que le DG peut racler un poste de médecin, dans le moindre plan qui passe, il le fait. Et tous les directeurs de la région, ils sont pareils. Ils nous défendent.

*- Est-ce qu'il se décide vraiment des choses dans le conseil exécutif ou ça se décide ailleurs ?*

Les deux mon capitaine ! Les deux parce qu'il y a effectivement des choses sur lesquelles il y a débat, il y a réflexion collective. Mais c'est aussi parfois comme pour toutes les instances de décision : il y a quand même des quantités d'endroits où on croit décider et en fait, on décide de rien du tout, les dés sont joués d'avance. Il y a les deux.

*- C'est quand même plutôt vécu comme une instance de décision ?*

**Officiellement, ce n'est pas une structure décisionnelle, c'est une structure de proposition.** Officiellement, le conseil exécutif ne peut pas décider grand chose : il peut proposer des stratégies, des orientations. Mais ensuite ça doit passer devant les instances consultatives. Sauf que, maintenant, dans la Nouvelle Gouvernance, il y a des choses qui sont retirées des missions du conseil d'administration et où la direction peut décider toute seule. Il y a un certain nombre de choses qui ne relèvent plus du conseil d'administration, mais du directeur, et donc le conseil exécutif peut avoir un poids dans les décisions.

**Il faut bien voir comment est né ce pôle : personne ne savait pas où mettre le service X. Alors, lorsque dans une réunion, j'ai dit « Ce ne serait pas complètement illogique que le service X soit rattaché à notre pôle », tout le monde a sauté sur l'occasion, le directeur général en tête. C'était pour lui une occasion rêvée de régler le problème. Maintenant, il y avait quand même une certaine logique médicale à mettre ce service dans notre**

**pôle. Evidemment, si on demandait à des médecins extérieurs et de notre spécialité ce qu'ils en pensent, ils nous répondraient sûrement que ce qu'on fait là, c'est idiot, qu'il vaudrait mieux qu'on reste tout seuls. Je pense que le monde médical de notre spécialité ne serait peut-être pas en accord avec la décision qu'on a prise localement.** Pour autant, il y avait une logique médicale (*nb : une argumentation détaillée, de plusieurs minutes, suit cette phrase, mais nous ne la retranscrivons pas ici pour ne pas permettre l'identification du pôle et préserver l'anonymat*). **Et puis, il y avait un rapprochement de fait entre les services depuis plusieurs années :** on avait commencé à travailler ensemble et donc on avait appris à se connaître et à se respecter sur le terrain, et donc ça ne paraissait pas incongru d'être dans le même pôle. Attention, je ne vais pas jusqu'à dire qu'on avait des atomes crochus, que ça nous paraissait tout à fait normal de travailler ensemble. Dire cela, ça ne serait pas tout à fait vrai. Mais je pense après tout que c'est assez souvent comme ça que les découpages de pôles se sont faits dans les hôpitaux expérimentateurs et qu'ils se feront dans les autres. Il y a souvent des fois où on se demande où on va pouvoir caser tel ou tel service.

**Parfois, il faut peut-être même mieux éviter le découpage par pathologie, même s'il pourrait s'imposer organiquement ?**

**Oui, je pense qu'il y a des fois où le découpage sur une logique organique est impossible du fait des conditions locales. S'il y a des gens qui ne s'entendent pas, c'est absurde de les mettre ensemble – ceci dit, on peut se demander au passage ce que ça donne au quotidien, comment sont soignés les patients dans ces spécialités où les services ne s'entendent pas –.** Mais bon, on sait que ça existe, qu'il y a tels spécialistes qui ne peuvent pas encadrer tel chirurgien de l'hôpital et ça ne sert rien de vouloir pousser le bouchon trop loin, au point de les obliger à se mettre dans le même pôle.

**Dans ce pôle, du fait qu'il y a des services assez différents, il faut qu'on apprenne à travailler ensemble.** D'un côté, c'est une contrainte parce que ça fait une charge de travail supplémentaire mais d'un autre côté, c'est stimulant pour réussir à penser et faire des choses en commun. Est-ce qu'on a vraiment optimisé la prise en charge de nos patients communs ? La réponse est non, mais **le fait d'être obligé de travailler ensemble dans le pôle nous permet de mieux organiser, d'optimiser les filières de consultation, la prise en charge des patients. Elle nous y oblige. Alors c'est vrai qu'on avait fait des petites avancées avant les pôles, mais là, dans le cadre du pôle, on avance plus vite.** Par exemple, on est en train de faire l'accréditation et c'est la première fois qu'on travaille vraiment ensemble. Et quand on réfléchit ensemble à la question de la qualité, on commence à s'apercevoir que les problématiques sont parfois complètement différentes d'un service à l'autre : il y a des choses qu'on fait bien, et que eux ne font pas bien, et inversement. Et ça peut être boostant de ce point de vue-là.

*- Le pôle vous semble une entité pertinente pour réfléchir la qualité ?*

Ah je pense, oui. On a des groupes de travail qui travaillent ensemble, qui sortent des choses qui sont assez intéressantes. **Et assez logiquement, les groupes qui ont été le plus vite mis sur pied, où les gens se sont le plus investis pour l'accréditation, ce sont les groupes qui font partie des pôles déjà constitués. Ce qui montre bien que le pôle suscite une dynamique. D'ailleurs, les retours qu'on a au niveau institutionnel sur les premiers projets de pôle, c'est que le DG et le président de la CME ont été un peu épatés du travail qui a été fait ; comme quoi c'est stimulant intellectuellement de mettre les gens ensemble et de leur proposer ou de les forcer à faire des projets communs.**

*- Comment pensez-vous les solidarités à l'intérieur des pôles entre ceux qui produiront beaucoup d'activité et ceux qui produiront moins d'activité ?*

**C'est là que vont vraiment être mis à l'épreuve les réels motifs de regroupement des gens. Si ce sont des motifs solides, cohérents, qui trouvent sur le terrain des justifications profondes, ça ne devrait pas poser trop de problèmes. Mais si c'est construit de bric et de broc, on peut penser que cela sera une raison supplémentaire pour que ça explose ; c'est sûr que s'il y a des requins à l'intérieur d'un pôle, il y aura de gros problèmes. Il y aura nécessairement des solidarités de nécessité.** Par exemple, on voit mal un pôle de cet établissement fonctionner sans radiologie ou sans biologie : il y a des services qui en ont plus ou moins besoin, mais enfin on imagine mal comment un pôle pourrait tourner sans un service de radio ou de biologie qui tourne bien. **Donc, il y aura des solidarités de nécessité.** Et puis, après... Ca, c'est peut-être ma vision du monde plutôt optimiste, je me dis qu'on sera tous dans le même bateau, qu'on n'aura pas intérêt à tirer sur un collègue, au risque de tous en pâtir.

*- Est-ce qu'il y a des enjeux entre PH et PUPH autour de la coordination des pôles ?*

Dans l'ensemble – on le voit dans les conférences de présidents de CME –, **les PUPH ne voient plus d'inconvénient à ce que ce soit un PH qui soit coordinateur de pôle. Je crois que les PUPH ont bien compris qu'ils ne peuvent pas tout faire. Tout le monde en est au même point : on ne peut pas tout faire. On pourrait même penser que**



**les PUPH ont intérêt à ce que les PH deviennent coordinateurs de pôle, s'ils veulent garder la responsabilité de leur discipline et de l'enseignement de leur discipline, s'ils veulent aussi être ou rester chef de service.**

*- Comment réagissent vos confrères à la mise en pôles ?*

**Il y a ceux qui sont impliqués, qui sont favorables, qui se mobilisent et puis, il y a les autres.** Quand vous irez interroger des gens qui s'impliquent, ils vont dire que c'est très bien et puis quand vous irez interroger les autres, j'imagine que vous entendrez de tout : des gens qui diront « Oui, c'est assez bien, mais ça ne m'intéresse pas de m'en occuper », et puis tous les râleurs qui vous diront « C'est nul ». Il y a même eu deux ou trois situations où on a vu des échanges de mails entre médecins qui n'étaient pas très honnêtes, vis-à-vis du président de la CME notamment. Je pense pour ma part que le président de la CME défend bien les médecins, mais ce n'est pas ce que semblaient dire les gens qui envoyaient ces mails-là. **Ce qui ressortait évidemment par derrière, c'est qu'il ne défendait pas les médecins, qu'il était cul et chemise avec la direction, qu'il se faisait bouffer par le directeur, qu'il collaborait... Des choses classiques quoi.** Et j'imagine que c'est ce qu'on entend dans tous les hôpitaux de France.

**Mais bon, je vais vous poser une question à mon tour : « Est-ce que la vie n'est pas faite comme ça d'une manière générale ? Est-ce que les gens ne sont pas faits comme ça, d'une manière générale ? C'est-à-dire, il y a les gens qui font, et puis après il y a les gens qui râlent, qui critiquent, etc. ? ».** Mais bon, ils ont aussi leurs raisons pour râler : on est dans un hôpital où les gens ont beaucoup de tâches cliniques par rapport à d'autres hôpitaux et ils n'ont pas envie d'en faire plus.

C'est difficile de faire participer les médecins. **Premièrement, parce que ce n'est pas facile pour eux de trouver le temps. Deuxièmement, cela dépend des sujets : on peut arriver à les mobiliser sur des sujets sur lesquels ils ont des gros problèmes au quotidien** – par exemple le problème des hébergements – ; là, on peut arriver à les réunir en commission, à échanger par intranet, à en discuter en CME. Mais on ne peut pas faire participer tout le monde à tout. Je prends un exemple, justement sur la Nouvelle Gouvernance : quand on a voulu faire une réunion d'information sur la Nouvelle Gouvernance, on a lancé une invitation à l'ensemble des praticiens de l'hôpital, mais aussi aux cadres et à la direction. En définitive, il y avait plus de cadres que de médecins.

*- Vous pensez qu'ils ne viennent pas par apathie ou par résistance ?*

Alors... Il y a forcément une frange de médecins qui doit... Bon, d'abord, **ce qu'il faut dire, c'est que par définition, ceux qui ne se manifestent pas, qui ne viennent pas en réunion, c'est quand même pas facile de savoir ce qu'ils pensent (rires).** Est-ce qu'ils ne viennent pas par paresse, est-ce qu'ils considèrent qu'ils ont déjà trop de boulot, ou est-ce que ça va plus loin et qu'il y a une réflexion derrière comme vous le dites « par résistance », pour plomber le système ? Ce n'est pas facile de le savoir.

*- Vous n'avez pas eu d'échos en CME par exemple ?*

On touche là une grosse interrogation : **est-ce qu'il y a seulement des débats à la CME ?** C'est vraiment un gros problème, ça : **en CME, les choses vont vite, tout est déjà prédigéré en conseil exécutif, en bureau de CME.** Maintenant, c'est vrai qu'il y a quand même eu des réactions et des résistances, notamment de la part des universitaires.

**Il y a eu manifestement, du côté de certains hospitalo-universitaires, un réel travail de sape vis-à-vis de la Nouvelle Gouvernance et notamment du conseil exécutif, un travail de sape lié à la place des doyens dans la réforme de la Nouvelle Gouvernance.** Dans un CHU, il n'y a pas seulement les médecins et la direction, il y a l'université. **Et il est probable que certains médecins considèrent que le couple DG-président de la CME porte de l'ombre au doyen.**

*- Est-ce qu'on aurait pu imaginer la disparition des chefferies de services ?*

**Ça, en tout cas, moi ça ne me frustrerait pas. J'ai toujours dit « Si un jour, j'avais à choisir entre arrêter de faire de la médecine ou arrêter d'être chef de service, je choisirais d'arrêter d'être chef de service ». Moi, j'ai fait de la médecine pour faire de la médecine.** Et c'est pour ça que ça m'interroge quand même beaucoup d'arriver à ne plus faire que de l'administratif et des réunions. Je suis un homme de devoir, alors je fais ce que j'ai à faire au niveau administratif et je vais aux réunions, mais je n'ai pas envie de ne plus voir de malades. Je ne peux pas et je ne veux pas arrêter la médecine, donc si un jour je suis obligé de choisir, j'arrêterai les tâches administratives.

Alors, maintenant, pour revenir à la question de départ : est-ce qu'il pourrait ne plus y avoir de chef de services ? Ça a été évoqué, mais on a choisi que non. Probablement parce que le coordinateur de pôle et le chef de service ne vont pas faire tout à fait les mêmes choses. **De mon côté, je pense qu'il y a besoin des chefs de services.**

**D'abord, sur le plan des disciplines universitaires :** je suis mal placé pour en parler parce que je ne suis pas universitaire, mais je pense que les coordonnateurs de pôles ne peuvent évidemment pas avoir la responsabilité de l'enseignement d'une discipline présente dans leur pôle mais dont ils ne sont pas issus.

Ensuite – et cela va dans le même sens –, **je pense qu'il faut garder les chefs de service pour assurer la coordination sur le terrain, et notamment la coordination des tâches cliniques et la formation des personnels médicaux, des étudiants, des internes. S'il n'y a plus de chef de service qui donne une orientation, un projet médical commun, on voit mal qui le ferait : on ne peut pas laisser l'ensemble des médecins d'un service faire ce qu'ils veulent, voire rien du tout.** Donc ça me paraît assez cohérent qu'il reste les chefs de services. On pourrait même dire qu'ils sont indispensables dans les structures où il y a beaucoup de médecins.

**Garder les chefs de service, ça a en effet un gros avantage.** Prenez des énormes CHU, des hôpitaux parisiens ou lyonnais comme vous en connaissez : nécessairement, il y aura dans un pôle plusieurs services et dans chaque service, plusieurs agrégés avec des dents qui rayent le parquet. **Si vous gardez les chefferies de service en plus de la coordination de pôle, vous pouvez donner quelque chose à ronger à chacun (sourire).** Plus positivement, c'est une occasion de partager les tâches administratives et que tout le monde puisse mettre la main à la pâte.

*- Est-ce que vous faites un lien étroit entre la Nouvelle Gouvernance et la T2A ?*

**Je pense que la T2A est facilitante pour les pôles, tout au moins on peut le concevoir comme cela. On peut concevoir que ça puisse donner une dynamique au pôle qui va avoir un projet cohérent, qui va bosser et qui va avoir les moyens de sa politique.** Mais bon, on aurait aussi pu imaginer que dans le cadre de la dotation globale, chaque pôle ait lui aussi une dotation globale d'activité.

### **Portrait 13 : Médecin, PH, chef de pôle, CH**

J'ai toujours été impliqué dans la vie de l'établissement, dans les instances.

- *C'est un choix... ?*

C'est presque un trait de caractère ! Disons que je n'imagine pas mon rôle de médecin sans m'impliquer dans le fonctionnement global de l'établissement. C'est quelque chose qui m'est toujours un petit peu difficile, en ce qui me concerne.

- *C'est pourtant une implication que l'on ne retrouve pas chez beaucoup de praticiens...*

Disons que ce n'est pas unanime. Dans un établissement, il y en a quelques uns heureusement qui s'impliquent dans le fonctionnement.

LA NG ? C'EST SANS PROBLÈME !

- *Comment la nouvelle gouvernance est arrivée dans l'établissement ?*

La nouvelle gouvernance en soit, ici, n'a pas fondamentalement posé de gros problèmes, pour au moins, deux raisons. La première, c'est que, pour nous – ce n'est pas partagé forcément par tout le monde, mais en tous les cas, c'est la politique de la CME depuis de nombreuses années –, je disais donc que pour nous, c'est aux médecins de gérer l'établissement. C'est eux qui sont finalement le moteur de l'entreprise. S'ils ne sont pas présents, on ne voit pas sur quoi l'entreprise-hôpital fonctionnerait. **Donc c'est bien aux médecins de dire vers quelle direction doivent aller l'établissement en général, les pôles en particulier. Ils doivent participer du cadrage du projet d'établissement et sur la base du projet d'établissement, aider chaque pôle à construire ses projets.** C'est pour cela qu'il est pour nous fondamental qu'un médecin soit directeur de pôle.

La seconde raison qui a facilité l'arrivée de la Nouvelle Gouvernance, c'est qu'on a toujours eu ici un peu une politique d'établissement, c'est-à-dire une volonté d'éviter les clivages de services. Par exemple, depuis déjà de nombreuses années où nombre d'établissements étaient confrontés au problème de lits d'aval à partir des services d'urgences, on a mis, nous, des règles de fonctionnement entre tous les services de chirurgie et de médecine et le service accueil des urgences. Notre état d'esprit à la CME, notre idée, c'est l'établissement. Il n'est pas question de faire des clivages de service en disant « Moi, ce malade, je n'en veux pas ». Ça ne veut pas dire que ces discours n'existent pas, mais simplement qu'ils sont en marge.

- *Si j'ai bien compris, cela, c'est votre vision et ce que vous essayez d'impulser. J'imagine que dans les services, il y a des résistances, des représentations un peu différentes...*

**Oui, il y a un petit peu de résistance. Mais bon, il n'y a pas de résistance criante,** il n'y a pas un chef de service qui a été dire « Moi, pas question, allez vous faire voir », il n'y a pas eu ce genre de choses. **Au jour d'aujourd'hui, il n'y a pas d'opposition franche et il y a eu des progrès de faits.** On peut prendre l'exemple de la chirurgie qui est quand même un petit peu caricaturale : les chirurgiens sont souvent des gens à l'ego assez fort (sourire). Chaque chirurgien y allait jusque-là de son avis mais, en aucun cas, il n'y avait une cohérence de prise en charge sur l'ensemble de la chirurgie. Aujourd'hui, les chirurgiens sont quand même plus enclins à penser qu'en effet, il faudrait une cohérence. Je dis bien « il faudrait » : on reste dans quelque chose qu'ils peuvent envisager, mais à vivre au jour le jour, c'est encore à construire. Mais ceci dit, la création d'un pôle chirurgie les oblige, ou leur permet, ou les incite, à se réunir quand même plus fréquemment autour d'une table et petit à petit à être obligés de regarder un certain nombre de conflits et de tenter d'en trouver des solutions.

- *Les compositions des équipes de pôles et l'élection des directeurs de pôles ne sont pas encore totalement déterminées, je crois ?*

Oui, ce n'est pas encore totalement installé : **pour l'instant, c'est un petit peu un round d'observation.** Comme les textes ont mis longtemps à être publiés, comme les budgets par pôles ne sont pas encore faits, on n'a pas encore tout ficelé. En conséquence, pour l'instant, on en est plus à des problèmes de fonctionnement qu'à des questions de gestion. Ce n'est pas que l'on ne souhaite pas ! Tout le monde d'ailleurs, chirurgiens compris, souhaiterait d'une certaine façon, passer à des questions de gestion et s'occuper un peu de ce qui le concerne au premier chef. Prenez les chirurgiens : ils disent qu'ils ont une activité payée à l'acte depuis longtemps, et que, à partir du moment où les actes rapporteront, ils pourront acheter du matériel, que les choses seront assez simples. Donc, malgré leurs résistances, la gestion par pôles, ça leur va bien. Et que cette gestion soit plus proche d'eux et que ce soit quelque part eux qui s'en occupent, ça leur va aussi très bien.

## LA T2A ? SANS PROBLÈME !

- La T2A, pour eux, ce n'est donc pas vraiment une crainte ?

Non, ça a été pour l'instant plus une contrainte pour eux, puisqu'il leur a fallu modifier un petit peu leurs comportements, rentrer leurs actes sur des bécane, comprendre qu'il fallait être un peu plus rigoureux quant à la saisie de leurs actes. **Il leur a fallu du temps pour ingérer tout ça, mais comme ils savent que derrière il y a des dollars qui vont arriver – ou ne pas arriver (rires) –, ils ont vite compris.** Aujourd'hui, l'entrée de leurs actes est beaucoup plus exhaustive parce qu'avant, ils n'en avaient rien à foutre.

- Est-ce qu'on peut penser que la dynamique des pôles sera relancée ou accélérée avec la déconcentration de gestion...

Oui, je pense. A partir du moment où un certain nombre de responsabilités seront transférées. Je ne pense pas forcément à une délégation de gestion à proprement parler, c'est-à-dire avoir la signature du directeur : **je crois que peu de médecins sont intéressés à avoir le carnet de chèques... En revanche, avoir une lisibilité plus grande sur les moyens et leur gestion, ça, ça les intéresse.** Alors, oui, quand ce sera effectif au niveau des pôles, ça va obligatoirement motiver un peu plus les troupes. Savoir ce qui se fait au niveau de la répartition des moyens, ce qui s'y passe, ça c'est quelque chose d'assez motivant. Plutôt que ce que l'on a connu avant, à savoir une allocation de moyens par services par un monde administratif sur des critères on ne peut plus flous... (rires)

Pourquoi je dis ça, me direz-vous ? **Parce que je pense que la gestion des établissements avant, c'était n'importe quoi.** On a connu d'énormes difficultés à connaître le budget de l'établissement, comment étaient ventilées les dépenses, où allait le biomédical etc. **On n'avait aucune transparence : le directeur était dans cette affaire tout puissant et comme, en règle générale, malgré tout, les médecins n'étaient pas fondamentalement intéressés par la gestion** (quand le budget était présenté en CME, c'était souvent un peu complexe, c'était 9h du soir, les médecins s'en foutaient un peu ou complètement), **le directeur, dans la majorité des établissements, faisait voter un budget que tout le monde votait à bras levé sans savoir du tout ce qu'il se passait. Je pense aujourd'hui qu'avec les pôles, les gens auront une connaissance plus fine de ce qu'ils vont gagner** puisque avec la T2A, ils sauront à peu près ce qui va leur rapporter et puis après ça sera à eux de ventiler ces dépenses. Alors je pense que c'est ça qui est intéressant. Sous réserve que, bien évidemment, les moyens soient cohérents et que le Ministère et les Agences régionales respectent leurs engagements. Je veux dire : sous réserve que ne se reproduisent pas ce qu'il vient de se passer : qu'on nous annonce un budget et qu'on apprenne ensuite une diminution de 7 % des GHS ! Si c'est pour nous faire intéresser et nous appauvrir en même temps, je crois que ça ne va pas durer longtemps.

- C'est difficile de trouver des candidats aux chefferies de pôles ?

Oui, parce c'est difficile de trouver la personne qui veut bien et peut y consacrer du temps. Ce n'est pas tant, à mon avis, une opposition de principe sur le mode « On va mettre un chef, on va avoir la crainte du chef », c'est plus la difficulté de trouver des personnes qui acceptent de consacrer du temps afin d'avoir une relative connaissance d'un budget hospitalier, de ses répartitions, de sa gestion et tout ça... Parce que le problème un peu de la nouvelle gouvernance, c'est le temps. Je pense que c'est l'élément le plus difficile. C'est bien beau de dire « On va déconcentrer la gestion du bâtiment administratif vers les services et on va faire participer les médecins à la gestion ». **Parce que tout ça, ça veut dire tout de même un certain nombre d'heures de réunion, ça veut donc dire une relative disponibilité et là, il y a un problème. Il y a un problème, parce que dans un établissement comme le nôtre où le nombre médical est compté, et avec une activité qui est relativement soutenue, c'est pour l'instant du temps supplémentaire. C'est du bénévolat.**

- Vous avez accepté de vous impliquer dans ce temps supplémentaire, ce bénévolat...

Euh... Oui, mais avec un petit peu de réticence malgré tout, parce que **je trouve que c'est encore une couche sur une couche.** Alors, pour l'instant, oui, j'ai accepté, certains ont accepté, mais bon, c'est un peu à condition. Je veux dire que s'il n'y a pas de retours positifs de l'Agence, si elle ne nous donne pas les moyens de réaliser nos projets, je crains que quelque part les choses se délient.

- C'est donc du donnant-donnant, un petit peu...

Il y a quelque part un peu de ça. **OK pour donner encore un peu plus de notre temps : après le projet d'établissement, après l'accréditation, après tout un ensemble de choses, OK pour donner encore de notre temps à la Nouvelle Gouvernance.** Tout cela dans un monde où l'on entend dire qu'on va réduire

un peu le temps de travail, que la qualité de vie est importante... Ca paraît un petit peu ubuesque mais bon, ça existe... **Donc, OK pour donner encore un peu plus de notre temps, mais, je dis bien « MAIS », si et seulement si on est gagnant en retour. Pour le moment, je dis qu'il n'y a pas personne de gagnant pour l'instant.** On peut imaginer que les médecins participent, si ça peut améliorer leur qualité de vie, la qualité du travail, la qualité des soins qui sont donnés au patient. Alors oui, à ces conditions, on peut imaginer que ça nous permette de nous responsabiliser. Mais bon, si c'est pour finalement gérer la misère et la précarité, je crains que ça ne dure pas bien longtemps.

**La nouvelle gouvernance est revenue encore rajouter une couche.** Si l'acceptation par le corps médical est bonne dans l'établissement, c'est sans doute parce que le porteur du projet est quand même le président de la CME, qu'il le porte fort, qu'il est convaincu de l'intérêt de cette nouvelle gouvernance. L'ensemble du corps médical n'en est pas convaincu, c'est clair, mais on accepte et on a confiance dans sa vision. **Mais tout ça, bien évidemment, c'est sur le papier. Sur le terrain, les bonnes intentions viennent se heurter à la démographie médicale, au manque de temps pour s'y consacrer, aux autres charges de travail dans les services et là il y a une difficulté de temps.**

**Je pense que les médecins seront gagnants dans cette réforme de la NG, mais je pense la même chose pour les soignants.** Je pense qu'il y a une relative méconnaissance des soignants quant au mode de fonctionnement d'un établissement et quant aux moyens qui leur sont donnés. Donc je pense que, malgré tout, les soignants y gagneront, via leur cadre : **il devrait y avoir un partage un peu plus grand de la connaissance de l'établissement, c'est-à-dire un peu une appropriation de l'entreprise.** Car auparavant, tout était éloigné : il y avait un budget donc finalement tout allait bien. Pour autant que les soignants aient une connaissance du lieu dans lequel ils travaillent, des moyens qui leur sont alloués, et de la façon dont ils sont alloués, oui, je pense que ça peut permettre de gagner une certaine sérénité.

*- Là on est dans l'espoir... ?*

Oui. On n'est pas dans la réalité. Parce que **pour l'instant, la connaissance des pôles par les soignants est mince, à mon sens. Pour l'instant, je pense que pour le personnel, tout ça est encore un petit peu abstrait.**

*- Si on regarde maintenant du côté des perdants, ceux qui sont un peu « squeezés » dans la réforme, vous pensez à qui ?*

**Je pense que c'est pour les administratifs le plus dur.** Ils y ont beaucoup perdu ou plutôt vont beaucoup y perdre... — c'est mon point de vue... — Je crois que **jusqu'à présent, les administratifs avaient une méconnaissance quasi-totale du fonctionnement sur le terrain ; ils pouvaient avoir des connaissances de certaines choses mais c'était fragmentaire.** L'ensemble de la gestion de l'établissement se faisait pourtant dans les bureaux, éloignés bien évidemment de ce qui se passait dans les services. Et d'une certaine façon, ils pouvaient ainsi asseoir leurs pouvoirs, puisque c'est eux qui avaient les cordons de la bourse : en ne partageant pas trop la connaissance du budget et de la gestion, ils avaient la puissance totale, c'est clair. Ils s'appuyaient sur l'ignorance de l'autre, donc tout allait bien pour eux. C'est pour cela que je pense que **cette réforme est en train d'entraîner chez les administratifs une reconsidération assez profonde de leur mission et de la façon de l'effectuer.** D'abord, parce que ça les rapproche du terrain, ce qui peut être un petit peu angoissant pour des gens qui ne sont ni médecins ni soignants. Ensuite, parce que c'est probablement une perte de pouvoir dans le sens où à partir du moment où on partage la connaissance, cette fois il faut aller sur un peu plus de profondeur et de partage des choses. Ça va les obliger à être beaucoup plus performants : jusque-là, il n'était pas très difficile à mon sens avant d'avoir un budget hospitalier et de ventiler. C'était facile parce que la recette était un budget qui arrivait et qu'il fallait ventiler, que le montant et la ventilation ne dépendaient pas de l'activité, qu'ils ne dépendaient pas du mode d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, qu'ils ne dépendaient de rien. C'était un budget qui arrivait et qu'il fallait ventiler. Avec cette logique, c'était un peu la politique de l'antichambre où un chef de service pouvait arriver en gueulant et obtenir très vite un chèque du directeur.

*- Vous pensez qu'il n'y aura plus d'antichambres ?*

Ah, si seulement elles pouvaient disparaître ! (rires) Bon... Probablement qu'elles réapparaîtront, mais elles seront quand même un petit peu plus difficiles à mon sens à exister, parce que pour chaque praticien ou chef de service, c'est quand même dans son pôle qu'il va falloir négocier ses moyens avec ses autres collègues et ceci autour d'une table et donc *a priori* ce sera plus transparent. Et ça, c'est complètement nouveau.

LES SOIGNANTS

**On ne sent plus bien l'intérêt, le rôle de l'infirmière générale, de la direction de soins.** Il y a un cadre supérieur par pôle et c'est suffisant. Encore que c'est vrai que les cadres de proximité dans un établissement comme le nôtre, sont souvent pris sur le terrain. Le problème, c'est finalement peut-être que les cadres n'ont pas encore totalement intégré leur rôle de cadre : elles sont encore un petit peu ce qu'on appelait « surveillantes », à gérer le planning, à régler les petits problèmes comme ça, mais la garantie de l'organisation des soins, de la qualité des soins, ce n'est pas encore totalement approprié par les cadres ça. Par exemple, tout ce qui est qualité des soins, accréditation, et tout ça nécessite pour que ça soit établi une organisation tout de même dans un service qui soit maintenue les cadres ne se sont pas encore totalement approprié ce rôle. Tout au moins dans cet établissement.

*- La direction de soins, elle n'est pas au conseil exécutif ?*

Non.

*- C'est un choix pesé ?*

**Pas vraiment pesé dans la mesure où la direction de soins dans cet établissement n'a pas pris sa place et où on ne lui a pas laissé la place non plus... Pour l'instant, cette absence ne nous a pas posé problème. On n'a pas vu de dysfonctionnements dus à cette absence.** Donc c'est à suivre ! Vous savez, c'est la même chose que pour les projets d'établissements de la loi de 91 : un projet d'établissement se base d'abord sur un projet médical, et puis ensuite doit venir un volet projet de soins. En règle générale, en tous cas jusqu'à présent, chez nous, le projet de soins a été relativement déconnecté du projet médical. C'est un projet de soins, fait par la direction de soins, qui avait des axes qui étaient déconnectés du cadrage politique de l'établissement, du projet médical, par exemple sur les orientations des temps de formation. En tous les cas, je ne peux que constater que la direction de soins a du mal à s'intégrer au projet médical. Alors est ce que c'est de la faute des médecins, des administratifs, de l'établissement ? Ca, je ne saurais pas dire.

**- Pour en venir au conseil exécutif, on me disait tout à l'heure que les médecins qui en sont membres avaient été choisis par le président de CME. Il n'y a pas de demande de la part des praticiens, des médecins qu'il y ait des élections...**

Non, ça n'a pas été la demande. Bon, il faut reconnaître aussi que ceux qui en sont aujourd'hui, ont une relative crédibilité dans la communauté médicale. On y est depuis longtemps, on s'y est impliqué depuis longtemps. Il n'y a pas eu de gens qui ont dit « Il faudrait des élections parce que c'est toujours les mêmes ». Pour l'instant, on a encore une crédibilité.

*- Certains praticiens parlent de doublon, pas nécessairement opératoire, entre la CME et le conseil exécutif, ou un manque de lisibilité entre les tâches de l'un et de l'autre...*

Le conseil exécutif chez nous correspond en gros à ce qu'on appelait avant le bureau de CME. La CME, quand elle est en réunion plénière, c'est beaucoup de monde. Il faut que les choses soient préparées avant pour que ça ne soit pas une cacophonie, donc depuis quelques années, on avait un bureau de CME, avec si possible, un représentant de chaque grande discipline pour préparer l'ensemble des CME. Ce bureau de CME n'avait pas vocation à prendre de décisions et n'en prenait jamais mais en revanche, on essayait de préparer les CME, et on arrivait en CME avec des dossiers préparés : on n'aimait pas avoir de grandes réunions qui finissent à des heures infinies, et où on n'a pas dit grand-chose. Aujourd'hui, le conseil exécutif est constitué de gens qui étaient dans le bureau de CME. Alors évidemment le pouvoir est peut-être un peu plus important, et encore je ne sais pas si c'est en terme de pouvoir qu'on peut parler, parce qu'à ce jour, ce conseil exécutif existe mais il n'a pas encore pas vraiment siégé à proprement parler ; pour l'instant, on n'est pas encore totalement opérationnel. Il n'empêche qu'il correspond aujourd'hui à des gens émanant de la CME qui ont voulu s'impliquer dans l'établissement pour le faire fonctionner.

*- Vous n'êtes pas perçu comme ceux qui vont coopérer ou trahir les médecins en travaillant avec les administratifs ?*

Ah non ! On ne peut pas être décrit comme ça ici. Parce qu'on n'a fait que batailler contre l'administration. Pas celle qui est en place mais les précédentes : avant, on a été souvent en guerre contre les directeurs. Et de toute façon, on n'a jamais fait de collusion avec l'administratif : à nous, médecins, de nous prendre en charge et de dire comment on fonctionne, à eux de nous dire quels moyens ils ont et comment ils peuvent nous les allouer. On a toujours fonctionné comme cela ici, ce qui nous facilite un petit peu la tâche pour la nouvelle gouvernance. En tous cas, il n'y a pas de blocages.

**LES SYNDICATS NE NOUS MANQUENT PAS**

- Les syndicats, on les retrouve beaucoup moins dans cette nouvelle organisation, ils ne sont ni au niveau du conseil exécutif ni au niveau des pôles ? Ils réagissent comment ?

De toutes façons, il y a comme une inexistence des syndicats dans l'établissement. Je crois comme dans beaucoup. D'abord, peu de gens sont syndiqués. ... Ensuite, même si les syndicats sont présents au conseil d'administration, il y a rarement eu dans l'établissement des histoires d'opposition entre le personnel et les médecins. L'essentiel des conflits a plutôt porté sur des problèmes de grille salariale, des problèmes de nomination, donc des oppositions entre l'administration et les syndicats. **Maintenant, au niveau des pôles, on n'a pas vu remonter de réactions de la part de syndicats sur leur absence dans les instances de pôles. En tous les cas, ce que je peux dire, c'est que dans le cadre de la gestion d'un pôle, ils ne nous manquent pas.** On verra après au fur et à mesure du temps si éventuellement la gestion par pôle peut se trouver à être opposée aux syndicats, ce n'est pas exclu. Mais bon, pas à ce jour en tout cas.

- Sur la polyvalence des personnels il n'y a pas de réactions...

Si, toujours. **Mais cela étant dit, personne n'est très chaud pour la polyvalence. Par exemple, si on prend les médecins, on n'aime pas trop non plus que les personnels virevoltent.** On sait très bien que l'on ne peut pas faire passer une infirmière d'un poste de chirurgie à de la médecine, à de la réa, à des soins intensifs, à de la cardio ou en gynéco, ... Ce n'est pas possible. Il y a toujours un temps d'adaptation, il faut connaître quand même un minimum de connaissances de service. Il peut y avoir un certain nombre de personnels polyvalents sur volontariat, parce qu'ils aiment bien cela, parce qu'ils sont passés un peu partout, ils acceptent d'aller colmater les brèches, lorsqu'il y a des absences, des maladies, mais on ne peut généraliser cela : la politique « balance à tout va », ce n'est pas possible dans un établissement. Donc, **en tous les cas, la polyvalence, il faut la manier avec précaution.** Quant à la flexibilité – si on pense par exemple aux creux d'activité, c'est ce qui nous arrive en réa par exemple, puisque l'activité n'est pas un fil continu –, là encore, ça ne peut pas être manié n'importe comment. Là on aurait évidemment une opposition syndicale et à juste titre si on ne préservait pas une qualité de vie du soignant. En général, ce sont des femmes, elles ont des enfants, il faut le temps qu'elles se retournent, pour garder les enfants, donc **la flexibilité est possible, mais elle se manie avec précaution.**

## LES RAISONS DE S'ENGAGER

- Je vais vous transformer en conseiller : imaginez que vous êtes en train de parler à vos collègues, à vos confrères des autres hôpitaux qui ne se sont pas encore lancés dans la nouvelle gouvernance. Que leur dites-vous ? « Allez-y » ?

**Oui, à ce jour, je leur dirai « Allez-y ».** Pour une raison simple, c'est que de toutes façons, si ils pensent que d'être chef de service leur sert à quelque chose, on peut leur démontrer qu'en tant que chef de service, ils ne dirigent rien. D'abord parce qu'ils n'ont aucune connaissance de leur budget de service, du budget de l'établissement dans lequel ils sont, et donc ils vivent sur des moyens qu'on leur a donnés mais dont ils ne savent même pas s'ils sont pertinents ou non. Aujourd'hui, enfin d'hier jusqu'à maintenant, un chef de service, c'était zéro pouvoir. Le seul pouvoir éventuel qu'un chef de service pouvait avoir, c'était du lobbying, c'était parce qu'il faisait de l'antichambre : quelques-uns y arrivaient certes, mais pour une majorité d'autres, qu'est-ce qu'ils géraient ? Rien. Ils étaient et sont peut-être encore contents de leur poste parce qu'il est honorifique, mais s'ils s'imaginent gérer quelque chose, ils se trompent lourdement : ils ne gèrent rien ! **Donc, oui, je leur dirai « Allez-y ».** **Il faut y aller si l'on est convaincu que c'est aux médecins de dire quels sont les modes d'organisation et les modes de prise en charge des patients les plus appropriés. Il faut y aller si l'on pense que les médecins ont à dire leur mot quant à la gestion des moyens qui leur sont alloués pour ces prises en charge. On ne sait pas de quoi demain sera fait, mais déconcentrer la gestion et la ramener au plus proche du terrain et au plus proche des médecins, cela devrait améliorer les choses. C'est dans le cadre de cette nouvelle gouvernance que les médecins pourront avoir une plus grande transparence sur les budgets.**

- Et avoir une plus grande autonomie aussi ?

**Et avoir une éventuelle autonomie, en effet.** Une autonomie pour dire « Voilà quels sont les choix que je peux faire pour telles prises en charge », « Voilà ce que je ne fais pas », « Bon, là, je ne fais pas bien cette partie de prise en charge, il faudrait mieux que je l'abandonne à quelqu'un d'autre et que je me consacre à autre chose » : **c'est quand même au médecin de prendre ces décisions, plutôt qu'imaginer que ce soit une compétence administrative qui, d'une certaine façon, aveuglément, fasse les choix.** Parce qu'un administratif fera ses choix, évidemment de façon aveugle. Je pense par exemple à un directeur qui avait accepté de fermer un service seulement sur pressions politiques.

## LE DÉCOUPAGE DES PÔLES

**- Toujours à propos des conseils que vous pourriez donner à vos collègues, que faut-il faire et ne pas faire selon vous sur le découpage des pôles ?**

Je ne parlerai que pour les établissements de type CH, parce qu'un CHU, c'est complètement différent et qu'on ne peut pas comparer les deux. D'abord, on ne peut pas mettre 1 service sur 2 pôles, ce n'est pas possible. Ensuite, c'est important de pouvoir revoir le découpage, d'avoir une possibilité de revoir géographiquement la disposition des pôles, il faut que ce soit cohérent, que les gens s'approprient le pôle, pour s'impliquer. Après, il y a des historiques d'établissement et de services qu'il faut prendre en compte.

*- Cela signifie-t-il qu'il faut prendre en compte les ententes entre les médecins, quitte à ne pas trop tenir compte des logiques de pathologies ?*

**A priori, c'est envisageable. Mais ça va quand même en contradiction avec notre objectif qui est d'améliorer la gestion : si on commence par des problèmes de personnes pour résoudre le problème, on revient en arrière et on ne règle rien. L'objectif, ce doit être la prise en charge du patient, donc non, finalement, je dirai qu'on ne devrait pas tenir compte des ententes entre médecins.** Il ne faut pas retomber dans les travers que l'on veut éviter. C'est clair que les établissements de santé publique étaient auparavant très mal gérés avec les uns à côté des autres, des médecins, des administratifs, des soignants, des cadres, ... Tout ça était un joli jeu de pouvoirs / contre-pouvoirs. Cela ne facilitait pas la gestion la plus efficiente d'un argent qui nous est tout de même donné via nos impôts afin de soigner au mieux les gens. La mise en pôles devrait permettre d'améliorer les choses. **Donc, oui, les affaires entre personnels caractériels doivent être résolues, mais non, cela ne doit pas être pris en compte pour faire la géographie des pôles.**

## LA NOUVELLE GOUVERNANCE ET LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

*- Pour résoudre ces conflits de chefs, il faut un pouvoir fort, sur le plan médical et du côté de la direction ?*

Je pense surtout du côté médical. Ici, on est assez bien servi, avec un président de CME qui a une personnalité forte, crédible, qui n'a aucune casserole, et donc qui est reconnu par l'ensemble de la communauté médicale. Donc, les affaires de personnes, il est en mesure de pouvoir les résoudre. Par exemple, les conflits sur les découpages des pôles, soit on essaie de les régler au sein du groupe CME, soit c'est le président de CME qui s'y attelle directement. **Mais une chose est claire : c'est qu'on en revient toujours au projet d'établissement pour trancher sur la logique d'un découpage. C'est peut-être un point que j'ai oublié jusqu'à maintenant, mais pour moi, la nouvelle gouvernance a toujours un sens avec le projet d'établissement.** C'est sans doute pour ça d'ailleurs qu'on a peu de conflits ici entre médecins : c'est parce qu'on est arrivé à se mettre ensemble pour faire un projet d'établissement, un projet sur lequel tout le monde a été d'accord et que tout le monde a voté. Le caractériel du coin qui voudrait monter un projet qui ne serait pas compatible avec le projet d'établissement, on pourrait facilement le calmer. Evidemment, s'il nous montre que l'environnement a changé, que ça peut aider l'établissement ou la population, bien sûr, que son projet pourra être étudié. Mais sinon, **si son projet ne cadre pas avec le projet d'établissement, c'est « point final ».** Et c'est là, le pouvoir fort du président de CME, c'est qu'il n'a favorisé personne, c'est-à-dire qu'il a toujours pris ses décisions au regard du projet d'établissement. Pour le directeur, c'est la même chose : il ne peut pas prendre de décision qui n'aille pas dans le sens du projet d'établissement ; ses arbitrages budgétaires ne doivent se faire qu'à la lecture du projet d'établissement et pas en fonction du lobbying.

*- Est-ce que le projet d'établissement est suffisamment pointu pour qu'il n'y ait pas de conflits d'interprétation ?*

Si le projet d'établissement a été bien conçu, il n'y a pas de conflit possible. Si par contre, on a demandé à chacun ce qu'il voulait faire et qu'on s'est contenté de faire synthèse, évidemment... Mais ça, ce n'est pas un projet d'établissement. Si on s'axe sur un certain nombre de thèmes bien précis, alors on sait où on va. Et à partir du moment où tout le monde sait où il va, ça va tout de suite mieux. Si on est à peu près certain que rien ne se passe sous la table, qu'il n'y a pas de réseau occulte et que tout a été dit de façon franche et transparente, ça va. Parce que le pire dans une communauté, médicale ou autre, c'est lorsqu'il y a des passe-droits partout, ça devient un bordel infâme. **Il faut une cohérence d'établissement. Et la Nouvelle Gouvernance ne change rien ici : les projets se feront par pôles certes, mais ça n'enlève rien à l'obligation d'avoir un projet d'établissement, un projet qui soit approuvé par une tutelle. Et là, on touche à une autre question : pour que cela marche, il faut aussi que l'Etat ne revienne pas sur ses engagements, parce que ça peut être très délétère.**

*- Une dernière question : est-ce qu'il n'y a pas une crainte de concurrence entre les pôles ? Une forme d'autonomisation des pôles et après une sorte de concurrence avec des pôles très rentables et d'autres... ?*



Evidemment, c'est un danger possible, on le sait bien. De la même façon que vous pouviez avoir avant la même chose au niveau des services : il y avait des services plus rentables ou plus influents que d'autres et donc des stratégies où chacun tirait la couverture à soi. Il est clair maintenant qu'il y a bien des chances qu'en effet, il y ait des points de friction entre les pôles. **C'est pour ça que j'en reviens là encore à ce que je disais : il faut avoir une vision établissement. Le pôle est un moyen, ce n'est pas un but en soi. Le monde ne sera pas meilleur demain avec des pôles ! Ils peuvent nous faciliter la tâche mais il est bien clair que de toute façon, il y a des préalables obligatoires : 1. Il faut un projet d'établissement, et 2. Il doit y avoir une politique d'établissement.** Il est bien évident qu'une unité de soins palliatifs ne va rien rapporter, mais si la politique d'établissement, c'est la qualité de soin, une prise en charge de la douleur, un accompagnement des patients, et bien : on lui donne les moyens de travailler. Point barre.

*- Il y aura de toute façon des pôles qui seront plus ou moins rentables en fonction de la T2A...*

Oui, mais on s'en fout de ça. C'est pour ça qu'il faut inévitablement une politique d'établissement et un projet d'établissement. **Le pôle est là pour améliorer la gestion, l'organisation, désenclaver les services, essayer aussi également d'améliorer le dialogue entre les médecins, améliorer la répartition des recettes et des dépenses.** Là-dessus, c'est sûr que le pôle peut nous apporter. Mais c'est sûr qu'il y aura des activités qui ne généreront que des dépenses et qui ne rapporteront rien en soi. Alors, charge à l'établissement de trouver les clés correctes de répartition des GHS. Mais il ne faut pas non plus s'obnubiler avec des dollars. Les dollars, ce n'est pas le but. Un établissement de santé, ce n'est pas les dollars, c'est le patient. Si on oublie ça, on devient fou, ça voudrait dire qu'on raisonnerait comme un établissement privé, mais non, on est établissement public : tout d'abord, on fait une politique centrée sur le patient, avec un projet d'établissement. La nouvelle gouvernance n'est là que pour mieux faire vivre ce projet, mieux gérer les ressources qui nous sont données. Voilà, ce n'est qu'un moyen, ce n'est pas une fin en soi.

**L'établissement public n'a pas à perdre son âme.** Mais pour autant, ce n'est pas parce qu'avant, les hôpitaux avaient un budget et qu'ils ne regardaient ni leurs dépenses ni la façon de dépenser, ni rien, qu'ils étaient forcément au service du patient. On connaît des établissements qui avec peu d'activité avaient un budget assez conséquent, parce qu'il y avait l'historique de l'enveloppe globale : ils ne fournissaient pas pour autant une meilleure offre de soins à la population. **Donc stop avec cette affaire de la mort du service public parce qu'on raisonne en termes de recettes / dépenses. Qu'il y ait des gens qui disent ça, je l'entends, mais faut-il encore qu'ils en apportent la preuve.**

## Portrait 14 : Médecin, PUPH, chef de pôle, CHU

**Je vais vous raconter une petite parabole que l'on a écrite avec des collègues dans une réunion de formation sur la nouvelle gouvernance.** L'hôpital est un grand avion. C'est un grand avion où l'on peut rentrer, même sans payer. L'avion décolle, mais en vol, on s'aperçoit qu'il n'y a pas assez de pétrole pour transporter tout le monde. Et donc il faut se dérouter, se dérouter vers l'île de la Nouvelle Gouvernance. Quand l'avion arrive en vue de l'île de la Nouvelle Gouvernance, le pilote – c'est un directeur dans l'histoire – voit la tour de contrôle, mais il n'a pas les données de la Nouvelle Gouvernance. Autrement dit, le livret qui permet d'atterrir sur la Nouvelle Gouvernance, il ne l'a pas. On était parti d'une certaine façon, au milieu du chemin, on nous dit « c'est pas comme ça », sauf que la façon d'arriver à l'objectif n'est pas complètement établie. Voyez, à mon avis, c'est une parabole extrêmement représentative. On est tous partis dans un avion, dans une certaine direction d'une certaine façon, et au milieu du chemin, on te dit « hop hop hop, c'est pas comme ça », mais on ne te dit pas tout à fait comment marche le nouvel avion et comment il faut atterrir avec les nouvelles conditions.

*Comment se termine l'histoire ?*

**Le pilote donne les commandes à un steward, un vieux steward, qui a beaucoup d'heures de vol. Et le steward dans l'histoire, c'est nous, les médecins, qui avons un peu l'habitude et qui allons aider à poser l'avion. C'est une assez belle parabole de ce qui est en train de se passer. Voilà comment je perçois la Nouvelle Gouvernance, tout en apercevant l'impérieuse nécessité que notre système de soins a besoin de changer.**

Mon opinion sur la NG, c'est qu'on a une sorte d'accumulation des réformes qui arrivent toutes en même temps. D'une part, les pôles et d'autre part la « T2A ». Vous allez me dire que l'un est peut-être imbriqué dans l'autre, que c'est comme les poupées russes, mais on aurait tout à fait pu imaginer de faire des pôles sans faire la T2A. On aurait pu commencer à réfléchir pour voir comment on aurait pu optimiser. Alors que là, tout arrive en même temps et manifestement, ça perturbe.

Mon premier sentiment, c'est qu'on a créé des pôles mais qu'on n'a encore créé que les mots. Dans certains endroits, un pôle, c'est une unité géographique, **un bâtiment avec dedans des gens qui y sont et qui n'ont pas obligatoirement d'activité commune.** Dans d'autres endroits, un pôle, c'est un regroupement logique d'activités, **ce sont des gens qui ne sont absolument pas dans le même bâtiment, mais qui ont des points communs sur le plan de la prise en charge des malades.** (...) Chez nous, on a pratiqué une logique d'activité identique, mais je connais d'autres endroits, y compris dans cet hôpital, où, excusez-moi, la logique d'activité, il n'y en a pas. Un certain nombre de mes collègues, avec qui j'ai discuté, puisque nous avons été les premiers et donc on a une demi-longueur d'avance, font des pôles de bâtiment, uniquement de bâtiment, ce qui permet après de faire passer sans difficultés l'infirmière de la chirurgie à la médecine, en pensant qu'elle se débrouillera. **Donc la première chose à dire sur les pôles, c'est que le pôle ne représente pas la même chose pour tout le monde, qu'il y a des géométries variables – soit bloc, soit typologie d'activité – et que cela a des effets évidents sur le fonctionnement.**

**On est actuellement dans un système de double gouvernance qui tourne en ce moment à la catastrophe, parce que c'est la pagaille.** Nous sommes dans la période la pire de toutes, où cohabite la double commande. Théoriquement, le pôle s'est décentralisé, sauf que tout reste centralisé et que quand vous voulez quelque chose, il faut toujours en référer au centre. Il faut demander à la finance pour savoir si on peut changer du compte 2 au compte 3 : vous n'avez pas le droit de le faire seul. Idem, pour le personnel, il faut demander au directeur du personnel. **La stratégie générale de l'hôpital, c'est bien sûr de développer la centrale.** C'est normal et heureusement en un certain sens : cela évite l'écèlement. Mais, de notre côté, du côté des pôles, il y a **une sorte de lassitude qui est en train de s'installer puisqu'on ne voit pas trop en quoi on peut faire quelque chose de façon autonome puisqu'il faut toujours demander la permission de faire quelque chose et toujours en référer à quelqu'un d'autre.** Donc au bout d'un certain temps, ça commence à devenir un petit peu pénible.

Un des problèmes de l'organisation en pôles, c'est que **les critères de fonctionnement interne sont mal réglés ou pas encore complètement réglés.** Autrement dit, on a inventé les pôles, mais on n'a pas inventé le mode d'emploi. Moi, sur mon bureau, j'ai un pavé de petites pages, qui me donnent sommeil, sur la Nouvelle Gouvernance avec des termes qui sont difficiles à saisir, c'est le moins que l'on puisse dire, alors même que **les exigences sur le terrain sont plus que fortes.** Ah, ça, c'est sûr qu'en France, on est des spécialistes, on passe de l'approximatif total et l'ésotérique à du « **il faut me rendre des comptes et tout de suite** ». A l'heure actuelle, tout ça me paraît un peu contradictoire. Alors, c'est vrai que ce n'est pas simple de faire comprendre aux médecins qu'il faut penser à

**faire des économies, à faire de la gestion, des finances.** Pendant longtemps, pendant des années, je me demandais : « Pourquoi les finances, comment ça fonctionnait, quels étaient les éléments de régulation ? », et l'on n'a jamais pu me les donner. **C'est pour cela qu'on était opposé de façon un peu brutale : parce que l'on ne nous donnait pas les indicateurs. Et c'est pareil aujourd'hui.** C'est comme si dans un supermarché, vous ne savez pas si ce sont les fruits frais qui vous coûtent du pognon ou si c'est la quincaillerie. **Pour les pôles, c'est pareil, on ne sait pas. On ne sait pas si ce sont les fruits frais qu'il faut fermer ou si c'est la quincaillerie. Alors au niveau global de chaque pôle, on sait à peu près s'il perd ou s'il gagne de l'argent mais à l'intérieur, au niveau de chaque activité, on ne sait pas.**

*Pas du tout ?*

Du tout, ah ça je vous le garantis. J'étais chef de service jusqu'à peu, j'étais infoutu de savoir si je gagnais ou si je perdais de l'argent. J'en étais incapable et personne n'en était capable. D'ailleurs, ça n'a jamais préoccupé personne, jusqu'à maintenant. Par contre, dès le moment où il y a contrainte, les préoccupations changent. **Reste à trouver les indicateurs. Il faut voir comment on peut optimiser les choses et faire en sorte de savoir où les pertes et les gains se font. Mais, pour le moment, on n'a toujours pas les indicateurs. On a beau être regroupé en pôles, si nous n'avons pas les moyens d'optimiser le rendement, on est de la revue** – pardonnez-moi l'expression. Donc ça c'est le problème. Sans compter aussi que ceux qui demandent les comptes, en particulier dans l'administration – les financiers – sont incapables de donner ce que la Nouvelle Gouvernance et la T2A était censées générer : **on n'a pas eu les retours promis**, vous savez : les fameux 10 %.

**Le problème avec la Nouvelle Gouvernance et la T2A**, qui, je vous le répète, me paraissent très imbriquées, trop imbriquées, c'est que **l'on ne pense qu'en termes de pognon, de finance et d'optimisation, alors que je m'en fous. Je ne m'en fous pas vraiment en fait, parce que je sais que l'argent est le seul nerf de la guerre** et que c'est également ce qui nous fait tourner. Vous voyez, ce que je me suis dit, quand je me suis proposé pour prendre la direction du pôle, c'est que si on était un peu intelligent, on allait pouvoir faire mieux avec pareil et qu'en plus, on allait pouvoir valoriser, défendre ou conserver les valeurs du service public et les valeurs qui font qu'une majorité d'entre nous est rentrée dans l'hôpital public. Autrement dit, si certains médecins sont ici, ce n'est pas complètement du hasard : ils auraient pu aller dans la clinique privée d'en face, mais ils n'y sont pas allés. S'ils sont là, c'est parce qu'ils ont fait un choix particulier d'activité, et à cet égard-là, le concept de pôle et donc d'optimisation et de T2A qui est derrière, les prend à contre-courant. Regardez : **j'ai 55 ans, ça fait 35 ans qu'on ne m'a jamais dit qu'il fallait regarder ce qu'on dépensait** ; il fallait faire au mieux, bien entendu, mais les dépenses n'ont jamais été une préoccupation. D'ailleurs, la gestion hospitalière précédente était incapable de fournir un indicateur quelconque sur l'activité et tout le monde s'en accommodait. **Et puis tout d'un coup, voilà qu'il faut compter. Le problème, c'est que pour cela, il faut des comptes qu'on ne peut pas nous donner. C'est quand même un peu bizarre que les nouvelles modalités, la nouvelle gouvernance comme on dit... ne soient pas prêtes, non ?** Donc là-dessus, c'est sûr qu'il y a un malaise de la part des médecins qui ne sont pas rentrés dans le système ni de la T2A, ni de la Nouvelle Gouvernance. Ils s'y mettent, parce qu'on a compris que ça faisait partie des choses utiles, mais il y a une sorte de malaise.

On est dans une période de transition où les anciens systèmes n'ont pas disparu et il ne faut pas qu'ils disparaissent parce que ce à quoi ça pourrait aboutir – et c'est une des difficultés de l'organisation en pôles –, c'est qu'un pôle pourrait attirer la couverture à lui. **Autrement dit, l'idée qu'aurait un pôle de faire du rendement à fond et d'exploiter les autres. Imaginez que je sois cardiologue et qu'à chaque fois que l'on me demande de la cardiologie, je fasse banquer un max. Alors, tout ce qui jusqu'à maintenant faisait l'avantage de l'hôpital – ce caractère collectif, sans intérêt personnel, disons multidisciplinaire collaboratif – disparaît puisque chacun va avoir à défendre son bout de bifteck. Jusque-là, quand des gens d'un autre pôle venaient consulter chez nous, l'activité qu'ils faisaient avec notre personnel et notre matériel, était comptée pour leur pôle. Maintenant, il y a peu de chances que cela reste ainsi.** Le problème, c'est qu'on n'a pas encore formalisé les systèmes de compensation qui faisaient jusqu'à maintenant un peu l'originalité de l'hôpital public par rapport à une clinique où chacun paye son truc. Que va-t-on faire de toutes les activités déficitaires ? **Ce qu'en faisaient les cliniques ? On va en arriver là, si on va au bout du processus. Il faut penser aussi qu'un certain nombre d'activités médico-sociales ou psychosociales ne sont pas réellement prises en compte dans la tarification.** Que fait-on avec un papy de 80 ans, dont les enfants travaillent et ne peuvent pas le reprendre ? Ca, les tarifs ne le prennent pas vraiment en compte. **Un certain nombre de tarifs ne sont clairement pas adaptés** et il est évident que si l'on ne rectifie pas ces tarifs, l'activité sociale de l'hôpital, enfin sociale au sens hôpital-hospice d'autrefois, sera perdue. **Quelque part, on voit bien que cette philosophie-là, humaniste, disparaît un peu dans ce système Nouvelle Gouvernance et T2A. Avant**

l'hôpital, c'était un endroit où tout le monde pouvait trouver son affaire et le défavorisé, même si il était dans une chambre un peu moins jolie, il était finalement traité, heureusement pour nous en France, comme n'importe qui. Ce qui n'était pas le cas dans tous les pays. Et bien, cet avantage-là, on est en train, si on ne fait pas gaffe, de le perdre, avec le caractère concurrentiel intra-CHU. On est en train de perdre ce qui faisait partie, pour certains d'entre nous, de l'engagement de service public. Un engagement de l'hôpital public, qui n'était pas un engagement usine à fric, ou un engagement enrichissement personnel tel qu'on peut l'avoir dans le privé. **C'est d'autant plus risqué qu'on n'est plus en période de sureffectif de médecins. Aujourd'hui, un certain nombre d'entre nous partent à l'extérieur. Pourquoi ? Parce que, de toutes façons, être en T2A ici (dans le public) ou en T2A là-bas (dans le privé), c'est pareil. Donc ces valeurs de service public, d'hôpital à la française, sont peut-être un petit peu mises en danger.**

Avec la T2A et la Nouvelle Gouvernance, on oublie aussi peu à peu **la production scientifique et universitaire. Si l'on ne pense qu'au pognon, elle sera rapidement au tapis et à ce moment-là, notre qualité va en souffrir, parce que c'est quand même par la recherche qu'on progresse.** Donc actuellement on est pris dans cette espèce de cercle vicieux avec d'un côté, l'idée de faire du pognon ou en tous les cas de ne pas perdre d'argent, et de l'autre côté, l'aspect universitaire qui nécessite des moyens. Il est évident qu'aujourd'hui, on est beaucoup plus préoccupé par le rendement, la valorisation des gestes que l'on fait, que par les publications et la recherche. Mais c'est dangereux : **le jour où on ne fera plus de recherche correcte et où on n'aura pas cette sorte d'aspiration vers le haut, on va devenir un hôpital au fond de la campagne, un hôpital de deuxième zone.**

La chose nouvelle des pôles, c'est la cogestion, c'est-à-dire une coopération entre un directeur administratif et un médecin. Sauf que dans cette aventure, nous ne sommes pas à égalité. **Nous, les médecins, on connaît tout et eux, les directeurs administratifs, ils ne connaissent pas grand chose.** Nous, on connaît les patients, on connaît le système, et eux, ils connaissent les finances, les règles. A l'évidence, c'est un peu inégalitaire. **Pour le moment, tout se passe bien, parce que les coordinateurs ou les directeurs médicaux des pôles – appelez-les comme vous voulez – sont modestes. Mais à un moment ou un autre, il faudra bien se poser la question de savoir qui va prendre le pouvoir. Pour le moment, on en est à une sorte de duovirat mais je ne sais pas si cela va durer. Il y a un vrai malaise de la part des administratifs.** Avant, ils étaient dans leur tour d'ivoire ; là maintenant, ils sont tout seuls, tout petits. Tant qu'ils étaient tous directeurs, ils se congratulaient entre eux, ils étaient puissants. Là, ils sont tout petits dans un pôle, et par rapport à 25-30 médecins, ils ne font pas le poids. **Donc il y a une résistance, une certaine crainte, un certain malaise, que je comprends très bien chez ces directeurs qui ont 45-50 ans et qui ne sont pas rentrés dans ce système de gaieté de cœur.** Jusqu'à maintenant, ils ne connaissaient rien, mais ils géraient tout. Maintenant, ils ne connaissent toujours rien, mais ne gèrent plus grand chose dans la mesure où c'est un peu délocalisé et qu'il y a une grande part ou une part plus importante des médecins. Puisqu'il est évident que si les médecins ne jouent pas le jeu, il n'y a pas de pôle.

#### **- Comment l'arrivée du pôle est-elle perçue par vos confrères du pôle ?**

Il y a ceux qui ne font pas d'effort et qui disent : **« Mais de toute façon, c'est pas grave, les pôles déficitaires seront remboursés par les pôles excédentaires ».** Je leur dis : **« Attends, si on fait comme ça, personne ne va être excédentaire ».** Je ne vois pas qui voudra s'emmerder à faire des efforts. Qu'il y ait une part de pondération, ça c'est probable, mais plus, c'est pas possible.

***Inversement, vous observez des tentations d'isolement ou de fuite des activités les plus rentables vers d'autres pôles plus rentables ?***

Oui, ça peut arriver, vous ne dites pas cela par hasard, je pense (sourire). Il peut y avoir des spécialistes qui entendent ne pas se mélanger avec n'importe qui, qui souhaitent être individualisés, parce qu'ils ont une activité plus rentable ou qui souhaitent rejoindre un autre pôle plus rentable. Mais il faudrait qu'ils fassent très attention à la façon de faire le diagnostic. Par exemple, un service qui manque d'infirmiers, est-ce parce qu'il a des malades lourds, des manques objectifs de personnels ou est-ce parce qu'il gère son personnel comme un chien, qu'il fait n'importe quoi et qu'il en résulte des taux d'absentéisme élevés ? **Pour réguler cela, il faut rester, au-delà des tensions, dans un esprit collaboratif : on reste anciennement camarades et on reste anciennement partisans du service public. Pour réguler aussi, il faut qu'il y ait une autorité supérieure, qu'il y ait une autorité morale, dans la mesure où il va falloir retrouver quelque chose qui ait du sens au niveau de l'hôpital. A l'évidence, à l'heure actuelle, on a l'impression que le directeur comme le président de la CME, surfent, c'est-à-dire, qu'ils n'ont pas de gouvernement, qu'ils ne tracent pas la route. Ils font comme ils peuvent avec les vagues, en fonction du courant. Ça ne paraît pas très net.**

- Vous pensez qu'il aurait fallu faire disparaître les services ?

**Ah, tout dépend de ce qu'on appelle service, mais je dirais que non, dès le moment où le service représente une activité particulière, spécifique. A ce titre-là, il ne peut pas disparaître :** le service est indestructible au sens d'unité fonctionnelle ou de créateur d'une activité spécifique. Ce qui pourrait se passer, c'est qu'en effet, quand on a deux services identiques, il pourrait y avoir un seul service : on peut imaginer que ces services réfléchissent à la façon dont ils se partagent la clientèle, les activités, les polarités de spécificité, de façon à avoir des rendements d'échelle.

- Et les chefferies de service, vous pensez qu'il aurait été souhaitable de les supprimer ?

**Pour moi, ça n'a pas vraiment d'importance, il faut seulement qu'il y ait des responsables d'activités fonctionnelles et des patrons d'une idée.** Par exemple, il est sûr que l'activité fonctionnelle rhumatologie ne doit pas disparaître, mais que le service de rhumatologie disparaisse, on s'en fout, ce n'est pas grave, et qu'il n'y ait pas de chef de service, tout autant. Sauf évidemment qu'il y a des gens qui attendent d'être chefs de service. Mais là, **il suffit d'attendre un petit peu que le temps passe.** Et puis, vous avez peut-être pu le remarquer, il y a un certain nombre de gens qui étaient chefs de service qui ont déjà abandonné de leur plein gré leur chefferie, et je ne suis pas le seul dans ce cas-là.

- Enfin, il n'y en a pas tant que ça. Si ?

**Si, il s'en trouve de plus en plus, parce que premièrement, les pouvoirs sont modestes et que deuxièmement, cela donne un nouveau dynamisme.** Rester tout le long le patron jusqu'à 65 ans, c'est pas toujours intéressant ; il vaut mieux changer un tout petit peu l'eau des poissons. **Donc moi, je suis tout à fait favorable à une évolution des rôles.** Pour ce qui est de la disparition des services, je dirais que ce n'est pas mûr et que ce n'est vraiment pas le moment mais ça se fera insensiblement, à mesure que le pôle va réfléchir à la meilleure organisation de la production de soin. **A ce titre-là, on pourra modifier l'environnement ou le périmètre des services.**

- L'évolution entre les deux textes Mattéi et Douste-Blazy n'est donc pas regrettable ?

Si vous voulez, **je pense que c'est plutôt mieux de garder les chefs de service pour le moment, parce que ça aurait encore contribué à foutre la pagaille dans un truc qui n'est déjà pas stabilisé.** Donc, pour moi, le service, on sait ce que c'est, et au moins, ça fonctionne à peu près et si on le supprime, oh putain, déjà que le reste n'est pas clair alors là, on ne saura plus où on va.

- Imaginez que je vous propose de faire une recette à donner aux hôpitaux qui vont maintenant s'engager dans la Nouvelle Gouvernance. Qu'est-ce que vous leur diriez ?

**D'abord, qu'il y a passablement besoin de réflexion** avant de se jeter dans la réforme, mais ça, c'est général à toute réforme, donc ce n'est pas intéressant. Ensuite, **il y a la question des périmètres de pôles.** Ce que je vais dire, c'est nécessairement **une côte mal taillée, parce que cela dépend des environnements,** c'est-à-dire que si on a des unités, si on a des services, des structures architecturales glauques, il faut regrouper par thématiques, par modes de prise en charge, comme on dit : la chirurgie avec la chirurgie, la médecine non spécialisée avec la médecine non spécialisée, la médecine technique avec la médecine technique, bref, **qui se ressemble, s'assemble. C'est un principe notamment valable dans un hôpital de moyenne importance. Dans un grand CHU, comme chez nous, c'est le côté universitaire qui peut prévaloir,** vous pouvez distinguer la gastro médicale et la gastro chirurgicale, la neurologie médicale et la neurologie chirurgicale.

Qui mettre à la tête du pôle, selon vous ?

**Et bien, on met quelqu'un qui est un peu volontaire,** parce que honnêtement, c'est une fonction qui n'est pas reconnue, c'est-à-dire qu'on ne nous donne pas un moyen de plus, pas un personnel de plus, donc il faut faire ça en plus du reste ou à la place. Initialement, on nous avait dit « Vous aurez un soutien puisque vous êtes sur une nouvelle activité », mais pour le moment, on n'a rien vu venir. Donc **il faut mettre quelqu'un qui ait un minimum de disponibilité, de générosité. Il faut qu'il ait une connaissance des systèmes et un souhait de cette fonction. Il faut aussi qu'il ne soit pas allergique à l'administrateur :** il faut avoir un esprit de collaboration, alors que vous savez que la collaboration en France, ça n'a pas bonne réputation. Je ne dis pas ça complètement à la légère : **il y a des médecins qui nous considèrent comme des collaborateurs de la guerre, c'est-à-dire qu'on collaborerait avec l'ennemi.** Moi, personnellement, je n'ai jamais vécu l'administrateur comme un ennemi : il y a des connards et des gens pas intéressants chez les directeurs administratifs, et il y a des gens d'excellente qualité, qui ont exactement les mêmes valeurs que nous et avec qui on peut faire quelque chose. **Il suffit d'avoir l'esprit collaboratif, l'esprit de faire avancer.** Les raisons qui m'ont conduit à me mettre dans cette fonction, les voilà : **c'est parce que je suis attaché à la structure dans laquelle je travaille depuis maintenant 30 ans. J'y suis attaché, j'ai envie que ça**

**continue, je sais que ça ne peut pas continuer comme avant, mais comme je la connais bien, je pense que je suis en mesure de la faire évoluer, de garder les acquis, les bonnes choses qu'elle faisait jusqu'à maintenant.**

*- Est ce que le conseil exécutif, cela représente à vos yeux une autorité morale ?*

Alors, là aussi, c'est un vrai sujet de discussion. Avant, il y avait une CME, un conseil d'administration, etc. Tout d'un coup, on a vu naître le conseil exécutif. **Ca a eu pour avantage de mettre à jour un certain nombre de systèmes de décision qui jusqu'à maintenant étaient complètement mélangés** : maintenant, il y a un conseil de discipline qui théoriquement est là pour prendre les décisions. La composition de ce conseil de discipline, je la connais parce que j'y suis passé une fois ou deux, c'est... c'est les grands sénateurs de l'hôpital, c'est-à-dire les directeurs chefs entre guillemets, les grands directeurs et d'autre part quelques personnes de la CME, théoriquement représentatives. Avant, on avait un directeur qui prenait une décision, le plus haut des avis, un président de CME qui prenait des décisions sur les avis, donc quelque part, il mouillait sa chemise, le gars mettait « Je soussigné » tandis que maintenant, c'est le conseil exécutif. C'est quelque part un bénéfice, parce qu'il y a des décisions collectives, mais également une façon de dire « Non mais attendez, c'est le conseil exécutif qui décide : c'est le collectif, donc c'est pas moi, c'est le collectif ».

***Vous pensez que la CME a perdu de son pouvoir ?***

**Bien sûr, la CME ça n'existe plus.**

## **Portrait 15 : Médecin, PUPH, chef de service, CHU**

### LA LOGIQUE DU DÉCOUPAGE PAR PÔLES : PLASTICITÉ ET DOIGTÉ

Je participe à l'expérience Nouvelle Gouvernance depuis son lancement. Dans un premier temps, la direction a réfléchi à un premier découpage sans trop de concertation et comme cela a résisté du côté des médecins et des soignants, une commission a été constituée. **Les critères de découpage étaient les suivants. Tout d'abord, il fallait vraiment décentraliser le fonctionnement et donc transférer des budgets aux unités mises en place.** La masse budgétaire critique devait être à la fois significative sans être trop importante, pour rester gérable ; ce budget devait permettre de rapprocher la gestion des acteurs de terrain. On partait sur des pôles qui ne devaient pas représenter moins de 300 personnes et pas aller au-delà de 700. **Nous, médecins, avons ajouté à ces critères budgétaires la nécessité d'une cohérence médicale. Mais bien sûr, cette cohérence est loin d'être évidente et on a pensé que le mieux, c'était de faire appel au volontariat et de voir quels étaient les gens qui voulaient se regrouper.** Il y a eu certains pôles qui se sont constitués facilement, soit parce que les gens avaient déjà l'habitude de travailler ensemble soit parce qu'ils étaient proches les uns des autres c'est-à-dire situés sur un même territoire ou dans un même bâtiment.

**Lorsque personne ne se manifestait dans certains services pour se regrouper avec d'autres, on s'est dit que la logique la plus immédiate, la plus évidente, c'était des regroupements par fonction ou par organe.** Donc on a dit après par exemple, le système nerveux et la neurochirurgie, ça peut faire un pôle. Quand on a eu résolu, assez facilement, les regroupements de ce genre, on en a imaginé d'autres moins évidents mais qui pouvaient avoir aussi une certaine cohérence.

De toute façon, les découpages ne sont pas définitifs encore. Il y a des unités qui sont regroupées dans un même pôle et qui ne sont pas géographiquement encore réunies ; il faudra attendre quelques années que de nouveaux locaux soient créés pour que la fusion ait lieu. Ce temps d'attente n'est pas une mauvaise chose. **Cela correspond à une phase de transition qui peut être nécessaire car quand on a été habitué à travailler seul séparément, le regroupement en restant chacun chez soi dans une première phase n'est pas plus mal.**

**Parmi les critères, il y en avait un autre, qui était le fait qu'il fallait des pôles dont la configuration corresponde au mode de fonctionnement ou plutôt à la comptabilité analytique et à la T2A.** Donc, on savait qu'elle allait se mettre en place. Autrement dit, on avait dit il y aura des pôles cliniques qui seront des producteurs de points ISA, et d'autres qui seront prestataires de services comme la biologie ou la radiologie par exemple. Se dessinait donc une configuration avec des pôles cliniques et des pôles logistiques ou médico-techniques. Cela étant, nous nous sommes beaucoup interrogés. Était-il toujours logique de séparer tel service de tel autre, d'assembler deux unités assez éloignées ? On s'est retrouvé avec des situations pas réglées, par exemple rassembler toutes les urgences dans un pôle qui intégreraient aussi l'anesthésie-réanimation, **ça nous paraissait logique mais cela donnait un ensemble trop grand, trop transversal, et qui risquait d'être un empire qui pouvait indirectement diriger tous les autres, donc on a veillé à séparer un peu ça.**

Nous avions aussi des critères de délai, puisqu'il fallait qu'on ait rendu notre copie sur la composition des pôles, avant la fin de l'année civile pour commencer la prochaine année budgétaire avec la nouvelle configuration. Donc nous avons retenu la règle que certaines situations étaient provisoires, non idéales, et que l'année suivante, on les retravaillerait. On avait en effet trois ou quatre pôles très bizarres. La commission qui avait défini le découpage continuait de siéger et a redessiné l'ensemble peu à peu. Tout cela se fait en marchant ; nous continuons de réaffecter certaines unités dans d'autres pôles et nous modifions certains noms de regroupements.

**Pour parvenir à cette organisation, il nous a fallu un certain doigté. On se connaît suffisamment les uns et les autres et si nous avons usé d'une position d'autorité quelconque en disant : « Je suis responsable de la commission et c'est comme cela et pas autrement », il y a des chefs de service qui auraient bloqué.** Il faut se mettre un peu à leur place et les écouter. **On les a vraiment beaucoup écoutés, on leur a dit : « Voilà il faut se constituer en pôles, voici les 4 ou 5 critères, faites-nous des propositions », donc cela est allé assez vite.** Après, à la marge, il y a eu des petits grincements, il y a eu surtout des difficultés pour ceux qui se trouvaient orphelins, qui ne voyaient pas à quel pôle se rattacher. **À ceux-là, qui auraient pu être rattachés en toute logique à tels ou tels pôles dont ils ne voulaient pas entendre parler, ils ne servaient à rien de leur imposer un regroupement.** Donc, pour

l'heure et les concernant, nous n'avons pas de solution satisfaisante ; nous sommes sur du provisoire et les choses se mettront en place petit à petit. **Cette démarche, progressive quand il le faut, permet de progresser sans heurt.** Certains découpages, vus de l'extérieur, peuvent paraître aberrants ; si cela marche, moi je n'ai pas envie de les modifier.

## QUELLE SIGNIFICATION ACCORDER A LA RÉORGANISATION ?

À mon avis, cette nouvelle organisation permet de rapprocher du groupe opérationnel le pouvoir de gestion et d'organisation. La division traditionnelle avec d'un côté, le pouvoir de décision aux services centraux du CHU et de l'autre, la pratique opérationnelle des soins dans les établissements disparaît en partie. Mettre le pouvoir de décision là où il n'y a pas le malade débouche sur le sentiment d'être sous tutelle administrative. Les soignants avaient l'impression de ne plus avoir aucun poids, aucune prise sur le « ministère » du CHU. Autrefois, les chefs de service représentaient tout, ils faisaient ce qu'ils voulaient, après il y a eu la période où les directeurs généraux décidaient de tout et les chefs de services de rien ; on est peut-être dans une position intermédiaire avec des services regroupés et une administration proche de la direction médicale. On ne peut pas continuer de fonctionner dans une opposition entre la direction administrative et les chefs de services, ou alors cela fonctionne mal, ce n'est pas productif. Chacun ignore les problèmes de l'autre. Quand on est dans des bureaux dans une administration centrale, on ne voit pas comment ça se passe sur le terrain. Les directeurs de pôles, s'ils sont à proximité des 3 étages dont ils assurent la gestion, c'est plus direct, ils ont une meilleure perception de ce qui se passe tous les jours que s'ils sont dans un bâtiment qui est à plusieurs kilomètres et où ils ne savent rien de ce qui se passe au quotidien.

## LES BÉGALEMENTS DU FONCTIONNEMENT

Je soutiens cette réforme, mais évidemment j'ai quelques déceptions. Nous avons affiché beaucoup d'intentions qui ne se passent pas réellement. Il y a plein de raisons à cela sans qu'il y ait la volonté de qui que ce soit de ne pas faire aboutir les objectifs. Par exemple, les pôles qui n'ont pas d'unité géographique ne peuvent pas avoir un bureau de pôle qui fonctionne vraiment. Le duo directeur et coordonnateur médical ne fonctionne pas vraiment dans ce cas de figure. Même chose avec les personnels, on ne peut pas les réunir. Du coup, on continue de fonctionner avec des conseils de services. Les problèmes sont parfois matériels tout simplement. Le directeur de pôle peut ne pas avoir de bureau dans les unités qu'il dirige, faute de place et parce que la priorité est accordée aux espaces pour les soignants ; dans ce cas de figure, s'il siège à l'administration centrale, on revient à la case départ avec une administration générale éloignée du terrain. Mais ça prend du temps pour créer les bureaux et organiser tout cela.

**Du côté de l'administration, cela n'a pas été facile ; pour eux, c'est une révolution, peut-être plus encore que dans les services médicaux. Il a fallu qu'ils s'adaptent à un système tout à fait différent de ce qu'ils connaissaient.** Ils avaient des fonctions très spécialisées ; l'un était directeur des achats, l'autre des affaires médicales, tous avaient des fonctions transversales, et là on les met uniquement dans un pôle à devoir faire un peu de finances, un peu de relations humaines, un peu d'informatique.

Les directeurs d'établissements n'existent plus et pourtant tous les jours, et de plus en plus avec les restrictions des dépenses, nous avons des problèmes de copropriété à régler ; à qui appartient tel matériel etc. C'est là que le CCM est important, il peut réguler les discussions entre les pôles. Quand une surface se libère, à qui revient l'espace en question puisque les pôles sont éclatés partout sur le CHU ? Pour l'instant, nous avons un système provisoire de discussion, ce n'est pas l'idéal, mais nous sommes en transition. **En fait, ce qui est préférable c'est qu'à chaque pôle corresponde une entité géographique, une unité territoriale. En général, les gens qui sont rassemblés au même endroit ont une opinion plus favorable sur les pôles que ceux qui sont éparpillés.** Ceux-là ont tous les mauvais cotés sans avoir encore le bénéfice d'une certaine homogénéité.

**Ce sont normalement les directeurs de pôles qui sont les interlocuteurs en cas de difficulté dans un pôle. Ils répondent toujours présents quand on les sollicite mais ils ne maîtrisent pas encore totalement leur affaire et en plus ils n'ont pas encore la main sur le budget. Ils disent souvent : « pour l'instant, je ne peux rien, je n'ai pas les budgets ». L'administration centrale a eu la prudence de maintenir des supers ministères de contrôle de tous les pôles. Il y a notamment le ministère des finances qui est directement lié au Directeur Général et qui a toutes les finances. Ils n'ont pas réellement transféré. Je les comprends un peu, c'est le Directeur Général qui a la responsabilité juridique de la gestion ; il ne peut pas transférer celle-ci et découvrir ensuite à la fin de l'année des dérives financières dont il serait au final le seul responsable. Donc du coup, on garde un système mixte. Cette phase est inéluctable ;**



**elle est pénible mais transitoire.** Cela sera différent quand on sera arrivé à la configuration définitive en 2006, je pense.

## LES RÔLES DE CHACUN DANS LES PÔLES

Dans tous les schémas, le groupe exécutif qui est à la tête du pôle, c'est un directeur désigné par l'administration et un praticien élu, plus un adjoint. Ils sont obligés d'appliquer la politique décidée par le Comité Consultatif Médical de pôle. Cela veut dire que chaque année, ou sur plusieurs années, l'ensemble des soignants, médecins et infirmières, doivent avoir un projet d'organisation de pôle. Le bureau de pôle est chargé de l'exécution de ce projet. **Ce n'est donc pas le bureau du pôle qui décide d'une politique, mais bien les personnels de celui-ci. Enfin, c'est la théorie car là aussi il y a quelques évolutions à réaliser.** Il y a quelques directeurs de pôle, des hommes puissants, qui connaissent bien le système et c'est eux qui proposent leurs orientations à leur comité consultatif. Petit à petit, on leur explique qu'il faut tenir compte de ce que les gens font à la base. Et que c'est eux qui sont chargés de le réaliser.

**Les médecins doivent se mettre à la gestion aussi.** Ce n'est pas si difficile. En plus on peut s'entourer aussi de compétences. Le Directeur Général n'est pas forcément un spécialiste de tout ; il s'entoure de bons directeurs (spécialistes de finances ou de ressources humaines...). Le rôle du coordonnateur médical, pour moi, c'est ça ; au lieu d'aller suivre des formations en gestion dans lesquelles il sera toujours plus mauvais que l'administratif, et en plus il ne fera pas son boulot de médecin à ce moment-là, il doit avoir les idées suffisamment claires, pour voir dans quelle direction il s'oriente. **Il lui faut un bon directeur administratif de pôle qui répondra aux questions qu'il pose.** Par exemple, je crois que ce n'est pas au médecin responsable du pôle, d'aller suivre chaque mois l'évolution budgétaire de chacune des unités de son pôle. Par contre, qu'il consacre une réunion par mois à réunir le bureau du pôle et que l'adjoint de gestion présente le suivi budgétaire service par service, cela est nécessaire. À ce moment-là, il regarde avec les autres médecins, il n'a pas besoin d'être diplômé de l'école d'administration de Rennes pour ça. Mais **je crois qu'il faudra créer des formations spécifiques de médecins responsables de pôle.**

## LES RELATIONS CHEFS DE SERVICES CHEFS DE PÔLES

**Avec les pôles, les services ne disparaissent pas. Mais la notion de service ne garde plus beaucoup de sens avec la nouvelle configuration.** Ce qui est important, c'est qu'il y ait des chefs d'équipes qui puissent avoir une vision globale, sur la cohérence des recrutements médicaux également. Peu importe comment on les appelle, chefs de services, chefs de pôles. Si cela choque certains, on peut toujours garder les chefferies de services un certain temps mais à terme, c'est le niveau du pôle qui s'avèrera essentiel. Il est probable que les bons chefs de pôles soient ceux qui auront été de bons chefs de services.

En attendant, les chefs de pôles vont devoir prendre quelques précautions avec les chefs de services. Au lieu de dire à un chef de service « Ton budget a dérapé, je t'enlève 10 % » et de lui dire en public, il faudra peut-être qu'il le voie tout seul, qu'il regarde pourquoi ça dérive ? Les coordonnateurs de pôles, ne l'oublions pas, sont élus par leurs collègues du Comité Consultatif Médical du pôle. Ils ont donc, on peut le supposer, une solide personnalité mais aussi une politique de pôle à appliquer et pour laquelle ils ont été élus. Cela donne une légitimité pour faire valoir ses positions. **La légitimité est plus, à mon sens, conquise sur le terrain qu'au travers de la liste d'aptitude nationale que les textes imposent. Ça n'a pas de sens cette liste d'aptitude. Qui va pouvoir juger dans une commission nationale, de la capacité de tel ou tel à être chef d'un pôle pour faire de la gestion ?** Nous, dans notre discipline de recherche médicale, on se connaît à peu près tous et malgré cela, on voit la difficulté qu'il peut y avoir, au niveau du CNU, de promouvoir les candidats aux postes de prof. Il y a 5 postes de professeur de première classe au plan national, il y a 10 candidats, sur quels critères va-t-on choisir ? Pour quelques-uns, on voit bien sans hésitation, mais au milieu, il y en a 6 ou 7 où l'on ne voit pas pourquoi on prendrait ces 3 là plutôt que 4 autres. Ce sera pareil pour les chefs de pôles ; ça risque d'être des appuis de copinage, des appuis syndicaux, qui n'ont rien à voir avec la gestion. Le niveau pertinent de choix est beaucoup plus local que national. **Je pense que le débat est ici lié à ce qui se passe entre les hospitalo-universitaires et les praticiens non universitaires. Les premiers, qui sont moins nombreux et qui raflent quand même 95 % des chefferies de services grâce aux listes d'aptitude se sont dit que dans un système où les chefs de pôles seraient élus, les praticiens non-universitaires auraient plus de chance car ils sont plus nombreux. Avec la liste nationale, cela verrouille beaucoup plus.**

Cela dit, pour revenir à un budget qui peut dériver, il faut savoir que, quelques fois, il y a des raisons qui ne sont honteuses pour personne à l'origine de cette dérive. Il y a des groupes homogènes de soins, bases à partir desquelles sont faits les calculs d'allocation de ressources, qui ne sont pas bien adaptés à la réalité. Ainsi au niveau d'un pôle, on peut avoir des décisions stratégiques qui consistent à accepter qu'une partie de l'activité qui relève de la mission du

pôle mais n'est pas forcément rentable soit déficitaire et compensée par une autre activité. L'éducation par exemple, l'éducation des patients, elle est indispensable, c'est très utile ; il y a des pôles où c'est vital (tout ce qui relève du cardio-vasculaire, du diabète, de l'obésité...) mais le temps passé à cela n'est pas forcément pris en compte avec la T2A. Alors il faut garder l'activité et accepter de la compenser avec les MIGAC ou autrement. **On ne peut pas dire : ce n'est pas rentable, on arrête !** Cela dit, on peut aussi avoir des situations où la politique définie au niveau du pôle n'est pas réellement applicable au regard de ce qu'est vraiment l'activité.

## LE DEGRÉ DE PÉNÉTRATION DE LA RÉORGANISATION

Ici, nous avons pris le temps pour expliquer aux gens ce que nous allions faire. Il y a eu beaucoup d'informations diffusées. Comme les textes n'étaient pas sortis, nous étions obligés de clarifier le pourquoi de telles ou telles orientations. **Nous n'appliquons pas des textes obligatoires, nous définissons nous-mêmes une réorganisation. Pour que la mayonnaise prenne, il a fallu y aller doucement. Là où les établissements vont se lancer dans l'application des textes, je ne serais pas étonné que cela résiste.**

Quand on dit : « On mutualise les moyens » et que dans les moyens, il y a plus de 65 % qui sont des charges de personnels, **on voit bien que les gens et notamment les soignants se sont mis à redouter d'être utilisés de façon polyvalente dans les services.** Des agents qui sont habitués à faire des soins dans un champ disciplinaire ou une pathologie particulière n'ont pas la même compétence dans d'autres domaines. Donc cette idée de polyvalence a inquiété et est inquiétante. Il faut que dans chaque secteur 80 % des soignants soient stables pour assurer la compétence. **La rotation ne doit concerner qu'une petite partie des gens à qui l'on ne peut pas dire « aujourd'hui, vous êtes là, demain là-bas ». Cette crainte qui existait au début ne s'est pas avérée fondée. Nous n'avons pas eu ce mouvement de polyvalence des affectations.**

## LA SIMULTANÉITÉ DES RÉFORMES, LEURS LIENS

**Il faut reconnaître qu'en quelques années, tout est arrivé en même temps et que cela déclenche des rejets. Rentrer dans la politique d'accréditation, par exemple, en même temps que l'on passe à la réorganisation par pôles et à la mise en œuvre de la T2A, ça fait beaucoup.** Les gens ont subi des réunions, l'été dernier, c'était infernal. Tous les 3 jours, il y avait une réunion. C'était un peu l'usine que de devoir décider d'autant de changements importants en même temps. On a sollicité beaucoup les gens pour participer, faire des propositions. Alors lorsque l'accréditation nous a valu des réserves, cela a été pris comme une sanction venant à la suite d'autant d'efforts. Cela a été assez mal pris.

**De façon générale, même si je suis très impliqué dans la démarche de la Nouvelle Gouvernance, je garde une petite angoisse vis-à-vis de tout ça. J'avais entendu les mêmes promesses quand on avait mis en place les centres de responsabilités, il y a une dizaine ou une quinzaine d'années : « la gestion va être proche, le pouvoir de décision, le budget va être négocié, discuté » ; tout cela est resté lettre morte.** Les centres de responsabilité, cela n'a jamais été une réalité, c'est resté une fragmentation du budget global par des divisions arithmétiques, sur lesquelles nous n'avons eu aucune prise. Cela a simplement permis de faire un suivi budgétaire plus précis dans chaque service et encore. J'ai une petite crainte que les pôles évoluent un peu comme ça. C'est-à-dire que le budget, parce qu'il est contraint, soit fait de manière descendante et que ce soit la direction générale qui le répartit. Jusqu'à présent, ils l'ont fait arithmétiquement pour ces deux dernières années, ça a été une catastrophe, avec des règles de 3... Si on voulait mieux faire passer le message, il serait plus logique que chaque pôle prépare son budget au mois d'octobre et le soumette à la CME, en novembre/décembre, et puis qu'après la CME fasse son arbitrage. Elle ne pourra pas tout donner à tout le monde, mais que cela vienne des services plutôt que cela soit réparti d'en haut arithmétiquement me semble préférable. La T2A peut nous aider de ce point de vue à la condition qu'elle soit régulée. **Il y a des pôles qui seront nécessairement déficitaires car leur activité n'est pas valorisée ; comment faire pour les maintenir sans que pour autant les gens se sentent irresponsables devant les déficits ? Va-t-on avoir un pot commun constitué par les résultats des pôles plus rentables ? Comment vont se faire les arbitrages entre pôles ? Tout ceci n'est pas clair encore.**

## ***Portrait 16 : Assistant de gestion dans un pôle, CHU***

UN PÔLE = UN PETIT HOPITAL

Je dis toujours qu'un pôle, c'est un petit hôpital. Et je vous assure qu'on fonctionne comme un petit hôpital. Sur mon pôle, j'ai 500 et quelques agents, j'ai une centaine de médecins : c'est un petit hôpital. Il faut faire toute la DRH, tous les services économiques, toutes les programmations travaux : on fonctionne comme un petit hôpital. On a des budgets délégués, on gère notre enveloppe, comme un petit hôpital. C'est très intéressant. En plus, on commence maintenant à beaucoup mieux s'articuler avec le central, chacun arrivant à peu près à trouver sa place. Cela ne veut pas dire qu'on peut tout faire. C'est une déconcentration de gestion, mais ce n'est pas une décentralisation, c'est-à-dire qu'il y a encore des relais avec le central, il y a une tutelle par le central et il y a une coordination des pôles.

UNE AFFECTATION FORCÉE

Je ne m'étais pas tellement positionné au sein du CHU pour me mettre sur un pôle car c'était un peu l'inconnu et j'étais très bien sur le poste où j'étais. Mais l'on est venu me solliciter, disons qu'on m'a un peu poussé à me positionner. Bon, on ne m'a pas obligé, mais j'aurais préféré attendre un peu ; je voulais attendre de voir ce que donneraient les pôles. Je ne voulais pas être dans les premiers. Je n'ai pas vraiment été dans les premiers, mais j'ai été dans le deuxième wagon (sourire).

LA COOPÉRATION AU SEIN DU PÔLE : ENCORE FAIBLE OU À VENIR

Pour le moment, il y a encore très peu de coopération entre les services du pôle. Il y a des services qui coopèrent – ils s'échangent des malades par exemple –, mais cela existait avant : ce n'est pas le pôle qui a créé ça. On commence seulement à voir quelques synergies entre certains services qui seront amenés à être regroupés : ils vont commencer à travailler ensemble, à collaborer, à partager leurs infirmières et leurs aides-soignantes. On ne sera plus alors complètement dans le « C'est à moi, c'est pas à l'autre ». Parce que ça, c'est encore vivace, je peux vous l'assurer. Les chefs de service, même les plus porteurs des pôles, le jour où on leur a parlé de coordination des personnels au niveau du pôle, ils ont dit « D'accord pour les infirmiers, mais je veux garder mes secrétaires, parce que les autres, elles ne savent pas faire, elles ne connaissent pas les termes ». Pourtant, l'étymologie, ça s'apprend, non ? (rires). Je peux vous dire d'expérience qu'ils ne savent pas toujours quelle est l'infirmière qui est en congé mais que la secrétaire, ils savent toujours où elle est ! (rires) C'est LEUR secrétaire.

UNE PREMIÈRE PRÉOCCUPATION DU PÔLE : LA SAISIE DE L'ACTIVITÉ

Un de nos premiers axes de pôle, c'est de regarder les indicateurs d'activité. Quand vous vous penchez sur les activités – c'est ce qu'on est en train de faire –, vous vous apercevez que l'activité est mal valorisée, qu'elle est mal rentrée dans le logiciel, bref que c'est mal fait. Jusqu'à présent, ce n'était pas un problème, dans la mesure où on était en dotation globale : bon, certes, on vérifiait que c'était à peu près fait, que c'était à peu près cohérent, mais après, ce n'était pas un problème. Aujourd'hui, c'est devenu un problème. Aujourd'hui, une mauvaise valorisation de l'activité, c'est pénalisant parce que la direction générale vous dit que vous coûtez deux fois plus cher que ce que vous rapportez, que vous avez trop de personnel, que vous consommez trop. **Donc, un de nos premiers axes de pôle, c'est d'améliorer la saisie d'activité.**

*- Comment faites-vous alors pour améliorer cela ?*

**Il faut peser sur les médecins et c'est un travail de longue haleine, mais on commence à y arriver.** Vous savez, cela fait très longtemps que je suis à l'hôpital et je connais bien les médecins – il y a même de très grands professeurs aujourd'hui que j'ai vu internes –. **Un médecin, naturellement, ça fonctionnait comme ça : « Je suis médecin, je fais ce que je veux, et comme je veux, et où je veux, quand je veux ».** Aujourd'hui, ils changent un peu. Ils commencent à se dire qu'il y a des règles à suivre, que ces règles, ce n'est pas nous qui les avons mises en place juste pour les embêter, et qu'il va bien falloir s'y référer. Pour cela, pour qu'ils changent un peu, ce qui est important, c'est d'avoir un coordinateur médical de pôle qui soit fédérateur et porteur de cette nouvelle

**logique, qui porte la bonne parole. Cela étant, c'est un médecin comme ça que nous avons dans ce pôle, mais ce n'est pas pour autant qu'il est toujours bien entendu.**

*- Quel est le profil du coordonnateur médical de votre pôle ?*

C'est un médecin qui est d'abord reconnu par les autres médecins, c'est essentiel. Il est PUPH, il était chef de service avant de devenir coordonnateur, il a été élu par les médecins du pôle, il est très charismatique, il a un poids fort au sein du CHU.

*- Il a un poids fort sur les médecins ?*

Oui, et puis il va au charbon, il n'a pas peur de les affronter, il n'a pas peur de leur dire ce qu'il faut dire. Après, il est entendu ou pas, certains font un peu ce qu'ils veulent. Mais il n'a pas peur d'aller en discuter avec eux et d'aller les affronter.

## L'AFFECTATION DES MOYENS AU SEIN DU PÔLE

*- Comment vous gérez l'affectation des moyens entre les services du pôle ?*

**Pour l'instant, dans mon pôle, sur les affectations de moyens, il n'y a pas eu beaucoup de différends.** Sur tous les budgets délégués – comme j'ai un directeur qui me fait entièrement confiance –, c'est moi qui règle tout, et j'essaie d'être juste, honnête, équitable. **J'ai une enveloppe : elle est ce qu'elle est, elle n'est pas grosse, mais au moins, je sais ce que j'ai et avec ça, j'essaie d'en donner un petit peu à tout le monde.** Et jusqu'à présent, je n'ai jamais eu quelqu'un qui m'a dit « Vous donnez plus à mon copain qu'à moi... ». Parce que j'essaie de pouvoir expliquer toutes les décisions que je prends. **Il se peut que je fasse un mauvais choix et que l'on me fasse des reproches fondés, cela voudra dire que j'ai mal analysé la situation. Mais l'on ne pourra pas m'accuser de favoritisme.** Bon, bien sûr, tout n'est pas toujours aussi serein. Par exemple, j'ai un chef de service qui hurle pour que je lui remplace sa secrétaire qui vient de partir, mais comme on s'est aperçu que sa secrétaire travaillait exclusivement sur des programmes de recherches pour lesquels il était rémunéré, je ne lui la remplacerai pas : elle ne travaille pas pour l'hôpital, je ne vais pas lui remplacer. Bon, là, évidemment, c'est un peu plus tendu.

*- Vous arrivez à tenir face à ces médecins, parce que j'imagine que ce sont des grands pontes, des grands patrons ?*

**Oui mais attendez, ils sont comme vous et moi ! Le mandarinat, c'est fini ! Moi, ça fait trop longtemps que je suis là pour me laisser impressionner. Donc, oui, ce sont des chefs de service, je les respecte, mais ils peuvent aussi avoir tort ! Et comme je ne pratique pas la langue de bois, à partir de là, quand ils ont tort, ils ont tort, et je le leur dis. Et je n'ai pas eu de gros soucis jusqu'à présent.**

## UN EXEMPLE CONCRET DE CONTRADICTION ENTRE INTÉRÊT INDIVIDUEL DE PÔLE ET INTÉRÊT COLLECTIF DE L'HÔPITAL

**Je vais vous donner un exemple concret de difficulté de fonctionnement de mon pôle. Cette année, on m'a placé dans mon pôle une psychologue qui est en mission transversale sur différents services : en fait, elle travaille pour tout le CHU.** Et on a bien obtenu des budgets pour sa rémunération, mais on n'a pas eu de budget de fonctionnement, ni d'équipements. Donc, cette personne, on me l'a affectée sur mon pôle parce qu'il fallait l'affecter quelque part, mais le problème, c'est qu'elle travaille pour tout le CHU et qu'elle n'a pas de budget de fonctionnement et d'équipement. Et moi, je n'ai pas les budgets pour la faire fonctionner. En plus, **par principe, j'estime que je ne vais pas, moi, lui payer des formations puisque les formations, elle va les appliquer dans les autres services. Ce ne serait pas logique : elle ne travaille pratiquement pas avec mes services.** Donc, cette fille, il faudrait la mettre ailleurs. **Ils ne pensent pas à tout ça quand ils font des découpages ou qu'ils rattachent des gens à un pôle, mais il y a des gens qui fonctionnellement n'appartiennent à personne. Et quand on les rattache, il faut penser qu'ils vont fonctionner, qu'ils vont devoir s'équiper. Et pour tout ça, il faut que derrière les budgets suivent. Il ne faut quand même pas oublier que ce qui conditionne cette nouvelle gouvernance, c'est le budget du pôle.**

## TENSIONS ET DISSENSIONS INTRA-PÔLE

**-Est-ce qu'on rencontre des tensions au sein du pôle entre les spécialités très rentables et celles qui le sont moins ?**

Bien sûr, nous, on a notamment un problème avec le service X, qui voudrait à la limite s'autonomiser ou changer de pôle. C'est vrai qu'ils ont un service de pointe, un service de référence. C'est vrai aussi qu'ils fonctionnent un peu comme ils veulent. Il n'en demeure pas moins qu'on est derrière, en support – administratif, fournisseur de personnel, etc –. Ils ne pourraient pas fonctionner seuls. Alors oui, ils veulent

fonctionner seuls, c'est-à-dire qu'ils ne veulent pas qu'on regarde leur consommation des médicaments, et effectivement, moi, je ne vais pas me permettre d'aller discuter la légitimité de leurs traitements. Mais par contre, si on voit la consommation de certains médicaments monter en flèche, les pharmaciens référents seront capables d'aller leur dire « Attendez, là vous utilisez ces médicaments pour des raisons pratiques, vous pouvez très bien avoir telle autre préparation ». **Donc, des tensions, on en a, et on en aura nécessairement entre les services avec des GHS assez valorisés et des services avec des GHS qui ne rapportent pas grand chose. Mais j'espère que ça n'ira pas jusqu'à l'éclatement. Nous sommes quand même service public, et nous devons accueillir tout le monde.**

(...) Les médecins du service X me disent « Nous, de toutes façons, on ne fait pas partie du pôle, tout en faisant partie du pôle ». Leur chef de service m'a dit un jour : « Madame Y, nous ne sommes pas dans le pôle mais j'ai besoin de vous administrativement ». Et à chaque fois qu'il a un problème, c'est « Allo, madame Y ». Alors, ils ne veulent rendre des comptes à personne, mais ils sont bien contents qu'on soit là. Et ça, vous pouvez leur dire, c'est de notoriété publique ; l'anonymat, je m'en fous ! (rires). Non, je ris, mais c'est un problème aussi, parce qu'ils ne jouent pas le jeu. Mais il va bien falloir qu'ils le jouent. **Quand il va falloir leur remplacer du personnel, ce n'est pas le DG qu'ils devront appeler, c'est moi. Vous comprenez, ils seront obligés de passer par nous – l'équipe de pôle –, mais après, ils ne voudront pas pour autant rendre des comptes. Alors on fait avec, on fait passer les messages, et il n'en demeure pas moins qu'ils sont obligés de faire avec nous quand même, pour l'instant.**

## LES PÔLES FOURRE-TOUT

**Une des difficultés du découpage, c'est de placer tous les services qui fonctionnent de façon très autonome.** Comme les diététiciennes, l'unité médico-judiciaire, les pathologies professionnelles : tout ça, ce sont des gens qui sont autonomes, n'appartiennent à personne, et n'ont pas de relations fonctionnelles on va dire. **Donc pour tous ceux qu'on ne savait pas où mettre, ils ont créé un pôle qui s'appelle le pôle X. Et là, ils ont mis tout ce qu'ils ne savaient pas où mettre.**

## UN AJUSTEMENT DIFFICILE CADRE SUP – ASSISTANT DE GESTION

**Dans notre pôle, ce qui a été peut-être un peu difficile au départ, ça a été de trouver nos places respectives, entre le cadre sup et moi. En ce qui me concerne, je pense que j'avais compris assez rapidement ce qu'on attendait de moi : j'avais une fiche de poste très précise. Par contre, mon cadre sup venait d'être nommé cadre sup, et raisonnait encore en disant « Mes cadres ». Ca a un petit peu retardé certaines choses.** Mais depuis, avec un peu de patience, ça s'est aplani. La semaine prochaine par exemple, je vais rencontrer directement les cadres. Et les cadres, de leur côté, elles viennent tout naturellement me voir, quand elles ont un problème et ça se passe très bien. Et les médecins, c'est pareil : ils viennent vers moi quand ils ont une question précise.

## DE LA RÉTICENCE DES DIRECTIONS FONCTIONNELLES FACE AUX PÔLES

*- Dans certains hôpitaux, on a rencontré des directeurs administratifs qui n'étaient pas très contents d'arriver dans les pôles par rapport aux directions fonctionnelles, aux directions centrales...*

**J'ai du mal à vous parler à la place des directeurs, je ne suis pas directeur... Mais je sais qu'effectivement, au début, il y a quand même eu des réticences, c'est clair. Que des directeurs aient été obligés de quitter leur direction fonctionnelle pour se positionner sur des pôles et qu'ils ne l'aient pas fait de bon cœur, c'est quasiment sûr. Mais là où il y a eu le plus de réticences selon moi, c'est dans certaines directions fonctionnelles, qui ont eu du mal à céder de leurs pouvoirs, parce qu'il y a quand même des pouvoirs qui ont été déconcentrés. Et ça, on le ressent encore, régulièrement.**

*- Quand par exemple ?*

**Sur les crédits délégués, il y a des résistances. Cela cache des formes de pouvoirs qu'ils ne veulent pas concéder, mais on peut le comprendre aussi. Il y a des gens qui ont travaillé 20 ans d'une façon et qui ont du mal du jour au lendemain de travailler autrement. Donc il y a des pouvoirs qui ont été difficilement concédés. Notre problème, là, c'est qu'il y a des glissements de tâches et que les pouvoirs de décision ne suivent pas forcément.**

## DE LA RÉTICENCE DES ATTACHÉS D'ADMINISTRATION FACE AUX PÔLES

*- Au niveau du corps des attachés d'administration, comment a été vécue la mise en pôles ? Le déplacement pour certains, des directions centrales aux pôles ?*

**Au départ, les postes d'attaché dans les pôles ont été pourvus avec des attachés, volontaires, qui se sont positionnés avec une démarche personnelle.** Mais ensuite, pour les postes qui n'ont pas eu de candidats et pour les postes sur lesquels des candidats se sont présentés mais n'ont pas convenu au directeur du pôle concerné, **il y a 3 ou 4 personnes qui ont été nommées d'office.** Là, évidemment, ça s'est beaucoup plus mal passé. Mais le directeur général a quand même privilégié l'action volontaire et personnelle. Ce qui est quand même beaucoup mieux.

#### UNE POLYVALENCE ENCORE LIMITÉE

**Pour le moment, on n'a pas vraiment de polyvalence entre les services du pôle, parce qu'on a un pool d'infirmières et d'aides-soignantes :** quand il y a un manque quelque part, le cadre sup prend d'abord dans le pool. Donc, à mon avis, à part les filles du pool – enfin les personnes du pool –, le personnel n'est pas tellement promené. Maintenant, l'été qui arrive, c'est possible qu'il y ait plus de polyvalence, parce qu'on va fermer des unités et qu'on sera amené à prendre du personnel de certains services pour les mettre dans d'autres. **Mais sinon, franchement, en temps normal, je n'ai jamais vu le personnel être bougé comme des pions, d'un service à l'autre. Sur notre pôle, nous essayons de ne pas le faire.**

#### COMMENT CONVAINCRE DE SON UTILITÉ

Je ne vais pas forcément aller solliciter en permanence les médecins ou les cadres du pôle : **je pars du principe qu'il faut laisser les gens venir à vous.** Au début, ils ne comprennent pas forcément le bien-fondé de votre présence et de ce que vous faites. Il faut leur prouver petit à petit que vous pouvez les aider et que vous pouvez leur être utile pour certaines choses. Et à partir du moment où ils comprennent que vous pouvez leur apporter quelque chose, c'est eux qui viennent vers vous.

#### EVITER LE RENTRE-DEDANS

*- Quels conseils vous donneriez, de par votre expérience, à ceux qui vont se lancer dans la réforme ?*

**Je dirais aux administratifs des pôles qu'ils ne doivent pas s'imaginer fonctionner avec des « y a qu'à... », « faut qu'on... », « c'est comme ça, c'est pas autrement... ». Qui est-on pour pouvoir parler comme ça ? Je vais vous dire mon sentiment : en tant qu'administratifs, il ne faut pas faire la voiture bélière. On n'en a pas le droit. Même si on est des cadres supérieurs administratifs, qui nous sommes-nous pour faire la voiture bélière ?** Je sais qu'il y a des pôles qui fonctionnent comme ça, avec des personnes qui ne peuvent vivre qu'en conflit et qui ne sont bien que quand elles font du rentre-dedans dans les autres personnels. Moi, je ne peux pas. Moi, il faut que je sois en bonne intelligence avec les gens. Si je ne travaille pas dans une bonne ambiance, je ne travaille pas. Et si je sens qu'il y a un conflit, je me bloque. Donc je ne provoque pas le conflit, je ne vais pas non plus l'occulter, mais je vais essayer de ne pas aller contre les gens. On peut toujours discuter.

**- La voiture bélière, ce sont les administratifs qui emmènent tout le pôle derrière eux, de façon volontariste ?**

**Oui, et qui disent « y a qu'à ».**

*Ca peut marcher, ça ?*

**Oui, ça peut marcher, oui : il y a des pôles qui fonctionnent comme ça, dans cet hôpital. Mais moi, j'estime que je n'ai pas le droit de faire ça.** Moi, si on me prouve que ce que je veux faire, ça marchera aussi bien autrement, je dis « OK, on essaye », quitte à revenir après – il n'y a que les sots qui ne changent pas d'avis –. Moi je ne suis pas pour rentrer dans tout le monde en disant « C'est moi qui tiens les budgets, c'est moi qui commande ». Attention, j'ai des contraintes – et Dieu sait que souvent je rouspète, que je me bats parce que je suis obligée de les tenir –, mais après, je ne vais pas aller dire à chacun ce qu'il doit faire et la conduite à tenir. Je vais plutôt essayer de les amener à ce que les choses soient faites comme elles doivent être faites.

#### CE QU'IL FAUT POUR QUE CELA MARCHE : UNE DOUBLE DIRECTION

Pour ce j'ai vu des pôles, de la direction de pôles jusqu'à maintenant, je pense qu'il faut qu'il y ait une grande confiance. **Il faut une direction bicéphale, médicale et administrative ; il faut un fonctionnement ensemble du directeur, de l'assistant de gestion, du cadre sup et du coordonnateur médical. Si on ne fonctionne pas entre nous, si on ne se passe pas les informations, si on ne discute pas entre nous, ça ne marche pas. Dans un**

**fonctionnement de pôles, les administratifs ne peuvent pas penser pouvoir passer à côté des médecins et des cadres.** Il n'y a pas longtemps, on voulait savoir quel était le temps médical passé en consultation. Si je l'avais demandé directement aux médecins, j'aurais eu une réponse, au mieux. Là, c'est le coordinateur médical qui l'a demandé, et il en a obtenu 10. Donc, j'ai besoin de lui. J'ai aussi besoin du cadre sup pour faire passer des messages auprès des cadres, et pour leur faire entendre certaines choses, pour monter des opérations avec elles. **Mais il faut qu'on s'entende, si l'équipe de direction ne s'entend pas, moi, je dis ça ne peut pas marcher.**

## ***Portrait 17 : Attaché d'administration en direction fonctionnelle, CH***

### LE CONSEIL EXÉCUTIF : UN NOUVEAU TANDEM MÉDICO-ADMINISTRATIF

La Nouvelle Gouvernance associe le monde médical et le monde administratif qui étaient deux mondes complètement opposés avant. Maintenant, il y a le comité exécutif qui rassemble les deux : ils sont ensemble à prendre des décisions, à orienter l'établissement vers une stratégie, vers une politique. Et c'est ensemble. Enfin, j'espère que c'est ensemble (rires) parce qu'on ne sait pas ce qu'il s'y passe. C'est censé être ensemble (rires). Ils sont censés définir ensemble les orientations médicales et stratégiques et politiques de l'établissement. Alors c'est vrai que le conseil exécutif n'a pas de légitimité à... Disons qu'il existe, mais il n'a pas de pouvoir de décision : il n'a que le pouvoir de proposer et d'orienter. Au final, l'organe qui va décider, c'est quand même le conseil d'administration, c'est celui qui va délibérer sur les orientations. Mais, contrairement à ce qu'il se passait avant, ce n'est pas que l'administration qui propose des choses. Ce sont les médecins et l'administration, qui maintenant se rapprochent. Je trouve cela super, parce qu'on est dans un hôpital et que **ce qui fait marcher un hôpital, ce n'est pas l'administration, ce sont les médecins**. Nous, on n'est là que pour leur donner la logistique.

### UN CHANGEMENT À VENIR DES RELATIONS

*- Est-ce que vous avez senti des changements dans les états d'esprit entre les médecins et l'administration ?*

Je ne sais pas. Je pense que oui quand même. Mais **c'est toujours très long : on ne peut pas changer quelque chose qui est dans les gènes, qui est ancré depuis des décennies, en l'espace de quelques mois avec quelques réunions. C'est trop récent. Maintenant, je pense que oui, cela va changer les choses. D'abord, pour les médecins qui participent au conseil exécutif, parce qu'ils ont ou auront sans doute une autre vision de ce qu'il se passe à l'administration, de même que les administratifs qui participent au conseil exécutif ont ou auront une autre vision de ce qu'il se passe du côté médical : il y a déjà une relation beaucoup plus proche, plus fine, où chacun peut s'exprimer. Pour les autres, pour les médecins qui ne participent pas au conseil exécutif, cela se passera comme pour les administratifs qui ne participent pas au conseil exécutif : c'est à force de communication que cela avancera.**

### UNE REVOLUTION CULTURELLE EN GERMES

Selon moi, la Nouvelle Gouvernance, on n'en mesure pas encore trop les conséquences mais c'est un changement culturel. C'est une autre façon de travailler, de voir les choses. Je pense qu'à terme, cela va sans doute révolutionner l'hôpital.

**- Le principal changement qui vous paraît émerger ?**

**J'ai toujours tendance à favoriser le côté financier** parce que je baigne dedans, mais je dirais le fait d'avoir introduit les notions d'activité et de ressources à l'activité à l'hôpital. Je pense que cela engendre plein de choses. **C'est une petite révolution culturelle.** C'est la première fois que cela arrive alors que le privé travaille de cette façon depuis très très longtemps. Et de là, découle tout un nouveau mode d'organisation. Comme l'activité est produite par les praticiens hospitaliers, il est bien évident qu'ils ont leur mot à dire dans ce qu'il va se passer à l'hôpital. Je crois que c'est là la légitimité du conseil exécutif : l'interaction entre la décision d'une orientation médicale et ce qu'elle va rapporter. Ne pas associer les médecins dans une équipe de direction, je trouve ça aberrant. Dans le privé, généralement, les directeurs de clinique, ce sont des médecins, des chirurgiens, souvent actionnaires. Chez nous, à l'hôpital, ça a toujours été très dissocié, trop dissocié.

### LE REPOSITIONNEMENT DE LA DIRECTION FONCTIONNELLE FINANCIÈRE

*- Votre travail, au sein de la direction financière, a dû beaucoup changer ?*

**On est en train de devenir prestataire de service**, c'est-à-dire qu'on va apporter aux médecins et à la direction, des outils, des analyses, des constats, des prévisions. Mais « **Est-ce qu'on peut ? Est-ce qu'on ne peut pas ?** », **ce ne sera plus à nous de le dire. Autant avant, le financier, c'était quelqu'un qui décidait ou qui orientait largement les décisions, autant maintenant, il ne sera plus que prestataire de services. On ne se positionnera plus du tout de la même façon.** En poussant les choses à l'extrême, on pourrait se dire qu'à terme, on pourrait très bien externaliser



les finances, comme la blanchisserie, la cuisine, le ménage, qu'on pourrait prendre une équipe financière du privé, cela ne changera rien. **On pourra prendre une équipe du privé pour faire la gestion financière et le contrôle de gestion d'un établissement public. Et c'est là qu'on peut se demander quel est notre avenir.**

## DE L'IMPORTANCE DE LA COTE DES ACTES

A chaque diagnostic – principal ou associé – que met un médecin sur la fiche de sortie du patient, sur les RSS (Résumés Standardisés de Sortie), correspondent un GHM (Groupe Homogène de Malades) et un GHS (Groupe Homogène de Séjour), c'est-à-dire un tarif. Donc, **chaque diagnostic sur une fiche de sortie, pour nous, au bout, c'est une recette. Donc, il y a intérêt à ce que cela soit bien coté, tout de suite et au mieux, par exemple en précisant bien les actes majeurs aggravants. Tout ça, c'est des petites choses qui font qu'on doit être très vigilant sur la façon de coter les actes, en quantité mais aussi en qualité.**

*- Qui est-ce qui fait le codage ?*

C'est le médecin qui fait et qui inscrit l'acte. Ensuite, soit c'est codifié directement dans le service, soit c'est codifié par le DIM. **Il y a des médecins que cela insupporte. Moi, je le comprends un peu ; je trouve que les médecins sont avant tout là pour produire du soin alors qu'on leur demande de plus en plus de travail administratif. A côté de leur travail médical, ils sont amenés à faire tout un travail administratif, tout un travail de commerçant. Comme un commerçant, ils doivent faire leurs factures le soir, après le travail.**

## T2A ET NG : UNE NOUVELLE CULTURE DE LA RECETTE

**Pour nous, c'est une démarche, une culture tout à fait nouvelle, de penser recette avant de penser dépense. Et quand je dis nouveau, ce n'est pas des siècles, mais presque, de remise en question. Et les médecins sont au premier rang ; ce sont les premiers concernés.**

*- Comment réagissent-ils alors ?*

**Il y en a qui réagissent très très bien, qui sont rentrés à fond là-dedans, qui font du mieux qu'ils peuvent, qui s'intéressent, qui cotent très bien, qui vont voir le DIM pour savoir où ils en sont. Et puis, il y en a d'autres – les irréductibles –, qui ne veulent pas en entendre parler, qui sont contre tout, qui font leur métier de médecin ou de chirurgien et pour qui toute la partie administrative est tout à fait secondaire. Que faire face à ces gens-là ? On peut leur donner de l'information, des formations, mais on ne peut guère aller plus loin avec des gens qui n'ont pas envie d'aller dans le système.**

*- Ces irréductibles de la T2A, ce sont aussi les irréductibles de la Nouvelle Gouvernance ?*

Il y a une relation, c'est sûr. **C'est sûr que ceux qui sont au conseil exécutif, ils ont plutôt tendance à bien coter : les impliqués dans la T2A sont aussi impliqués dans la Nouvelle Gouvernance et inversement. Maintenant, pour les moins impliqués, c'est certainement plus compliqué que cela. Il y a des irréductibles de la T2A parce qu'ils ne supportent pas qu'on regarde leur activité, qu'elle soit écrite noir sur blanc, mais ils ne sont pas forcément contre la Nouvelle Gouvernance qui associe le monde médical et le monde administratif.**

## PÔLES ET SERVICES

**Les pôles, c'est une façon de casser un peu ce sur quoi on vivait à l'hôpital jusqu'à présent : « Mr le médecin chef de service ». Ce n'est plus parce qu'on est chef de service qu'on va régir le tout et qu'on va disposer de tout et de tout le monde. Maintenant, il y a un chef de pôle et on regroupe : c'est fini la dispersion des moyens dans tous les coins. Le chef de pôle a pour but de coordonner l'ensemble de ses confrères, de coordonner les moyens, de coordonner les effectifs. C'est un travail immense. Sans beaucoup de prestige. En tous cas, celui qui s'imaginer que c'est prestigieux, il n'a pas compris grand chose, parce que je crois que cela demande une somme de travail assez phénoménale.**

## LA NECESSITÉ D'UN REGROUPEMENT EN PÔLES

**Le regroupement par pôles, ça me fait penser aux communes en France. En France, on a 36 000 communes, donc 36 000 pouvoirs décisionnaires. L'hôpital, c'est un peu ça : il y a X UF (unités fonctionnelles) et en face de chaque UF, un médecin veut avoir son nom pour légitimer son activité. Si le médecin n'a pas son nom en face d'une UF, avec ses infirmiers, ses aides-soignants, il se pense comme le pauvre malheureux, dont on va croire qu'il ne fait rien. Mais ça, ça ne peut marcher pour faire de la gestion. On ne peut pas descendre à un niveau si**

**fin. Donc, pour les communes, on a fait des agglomérations de communes, et pour l'hôpital, on a fait des pôles. Il faut regrouper pour pouvoir gérer au mieux, partager des moyens, mettre en commun des ressources.**

#### PÔLE ET T2A : LE SERVICE COMME RÉFÉRENCE PERMANENTE

**Autant les pôles peuvent être le socle de la Nouvelle Gouvernance et d'une façon de gérer l'établissement de façon décentralisée, autant je ne trouve pas que les pôles aient apporté quelque chose pour la T2A.** Si ce n'est peut-être qu'on a un interlocuteur – le chef de pôle – qui est un peu plus fort que les autres, qui peut remettre tout le monde à sa place et qui peut remuer un peu le cocotier. Mais sinon, au niveau de la T2A, des recettes, de l'activité, on regarde plutôt le niveau des services. Parce que le pôle, cela reste quelque chose de très disparate, avec des services très différents, certains produisent de l'activité et des GHS, d'autres non.

#### DE L'EFFET DU CONTEXTE DE DIFFICULTÉ FINANCIÈRE

On a été très pénalisé par la baisse des tarifs de la T2A. La tarification de notre activité est fixée de façon nationale : dans n'importe quel hôpital de France et de Navarre, un GHS – un Groupe Homogène de Séjour – coûte la même chose. Et les tarifs 2004 ont été revus et corrigés à la baisse pour tenir dans l'ONDAM, c'est-à-dire l'enveloppe fermée des dépenses d'assurances maladies. Mais tous les tarifs n'ont pas été autant baissés. Là où on a été très pénalisé, c'est parce que les tarifs de nos activités principales ont beaucoup baissé. A activité constante, on a perdu – avec la tarification à 25 % – environ X euros sur un trimestre. Cela veut dire qu'il va falloir rattraper cela sur les prochains trimestres. **Et c'est là que justement la Nouvelle Gouvernance doit agir : il y a un comité exécutif qui doit diriger les activités vers ce qui est « rentable » – on va dire entre guillemets parce que je n'aime pas tellement ce terme-là –, qui doit essayer, avec les moyens existants, de développer de l'activité qui rapporte au moins à hauteur de ces X euros, pour pouvoir combler le trou.** Mais développer des activités nouvelles, ce n'est pas facile, facile, d'autant qu'il y a forcément une mise en route un peu longue. Ça coûte des moyens et les effets ne se voient pas tout de suite. Par contre, ce qu'il faut faire, c'est développer – à structure existante constante – les activités en faisant de la publicité, en se faisant connaître, en quantifiant au mieux l'activité déjà faite.

## **Portrait 18 : Directeur des soins, CHU**

### LA POSITION DES DIRECTEURS DE SOINS : UNE MARGINALISATION

Il a été décidé que chaque pôle aurait son budget et qu'il y aurait à chaque fois un coordonnateur de soins et un directeur délégué. Nous avons donc suggéré que les directeurs de soins soient également intégrés aux pôles pour qu'il y ait donc une autorité sur les personnels soignants des pôles qui représentent quand même 75 % des effectifs dans les services. C'est là qu'il y a eu un malaise car on nous a refusé cette position. **On nous a confié des tâches fonctionnelles transversales plutôt que de nous placer en direct dans les pôles. Du coup, ce sont les cadres supérieurs qui sont nommés dans le collectif de direction des pôles aux côtés du directeur et du coordonnateur et nous n'avons plus que des tâches transversales comme la formation, les projets ponctuels, les recherches en soins etc...** Pour nous, la Nouvelle Gouvernance c'est un peu une mise à l'écart et nous sommes très critiques à l'égard de ce qui se fait.

Avec les pôles qui conduisent à la suppression des directeurs d'établissements au profit de directeurs de pôles, **nous avons l'impression que se crée une multitude de petits établissements. C'est une balkanisation. Chacun est donc préoccupé de ce qui se passe dans son coin sans plus se soucier du fonctionnement d'ensemble.** Ce qui préoccupe les gens c'est : qui paie ? À qui incombe cette dépense ? Qu'est-ce que nous coûte telle pratique ? **C'est la disparition du collectif. Les directeurs de soins pourraient incarner la défense de l'éthique collective dans les pratiques soignantes, l'équilibre entre les pôles, mais comme nous sommes exclus du terrain et de ce qui s'y passe, chacun fonctionne dans son coin dans l'oubli du commun.**

**J'ai l'impression qu'avec la Nouvelle Gouvernance et les textes tels qu'ils ont été conçus, on joue l'alliance entre les directeurs d'établissement et les médecins pour éviter qu'il n'y ait une alliance entre les médecins et les soignants.** En effet, tout comme les médecins, les soignants sont sur le terrain au contact des malades donc l'alliance entre ces catégories est assez évidente. Pour éviter ce bloc, on rapproche les médecins des administratifs et on marginalise les soignants et leurs représentants que sont les directeurs de soins. C'est une histoire d'équilibre des pouvoirs. Ce n'est pas pour rien que les ministres de la santé sont des médecins, souvent. C'est cette même logique qui conduit les directeurs de soin à ne pas être dans les Conseils Exécutifs tels qu'ils ont été présentés par l'ordonnance de mai. Dans cette instance essentielle, on nous écarte et ainsi ce sont 75 % des personnels qui ne sont pas représentés.

**Nous vivons assez mal cette situation parce que, quand on regarde toutes les réformes qui ont été lancées à l'hôpital depuis une bonne décennie, que ce soit, la qualité, les accords Durieux, l'accréditation, les évaluations en tout genre, les 35 heures, ... les cadres ont été aux premiers rangs pour leur mise en œuvre. Si on avait attendu les médecins pour appliquer ces réformes, je ne pense pas que l'hôpital en serait au niveau atteint aujourd'hui. Maintenant que l'on nous a demandé de faire le boulot de l'application des réformes, on nous met un coup de poignard dans le dos. On a été mal vu de s'impliquer dans les changements et maintenant, on nous tire dessus à boulets rouges.** Au plan national, l'association des directeurs de soin a été totalement abasourdie d'une telle décision.

### LES CADRES SUPÉRIEURS DE SANTÉ : LES PRINCIPAUX GAGNANTS

Là où les choses sont bizarres, c'est qu'**en même temps qu'on vide nos postes de toutes fonctions réelles, on donne aux cadres supérieurs des positions centrales dans les pôles.** Certains d'entre eux ne sont pas mécontents de cette situation en se disant « Ouf, on n'a plus les directeurs de soins sur le dos ». S'ils le veulent, les cadres supérieurs peuvent vraiment avoir du poids dans cette nouvelle organisation. Ce sont eux qui deviennent les représentants des soignants.

Enfin, ils auront peut-être du mal à être reconnus comme interlocuteurs par les médecins car eux ne sont pas, à la différence des directeurs de soins, formés par l'ENSP, ni nommés par le ministre. Ils n'ont pas la légitimité formelle que nous avons et **les médecins préfèrent négocier avec des gens comme nous... Enfin, j'espère...**

De toutes les façons, les soignants, en règle générale, ne sont pas en danger. Ils ont de l'avance sur toutes les autres catégories en matière de réflexion sur les réformes. Ce sont eux qui les ont portées ces dernières années.

## LA BALKANISATION ET AUTRES EFFETS PERVERS

Au-delà de notre propre situation, cette nouvelle organisation entraîne des règlements de comptes entre les uns et les autres. Par exemple, les assistants de gestion entrent en conflit avec les cadres supérieurs ne sachant pas très bien eux non plus ce qu'ils ont à faire. Ainsi ils ont voulu gérer le personnel alors que cela relève de la compétence des cadres supérieurs de santé. N'ayant pas de légitimité de direction puisque ce sont les directeurs délégués qui ont la responsabilité de gestion des pôles, ces assistants de gestion ont eu des problèmes de positionnement. Mais c'est le cas aussi entre coordonnateurs médicaux et directeurs délégués qui se sont bagarrés pour des questions de pouvoir. **Plus vous multipliez les pôles et plus vous multipliez les conflits de positionnement et plus encore quand il faut gérer un budget dont toutes les lignes sont fongibles c'est-à-dire qu'elles peuvent être utilisées sur n'importe quel chapitre de dépenses. Du coup, cela attise encore les combats, chacun voulant tirer la couverture à lui. Il n'y a pas de solidarité inter-pôles mais il n'y en a pas non plus dans les pôles car il y a des problèmes d'identité. Intellectuellement, l'organisation par pôles est séduisante, en pratique cela fait disparaître des repères essentiels. Comment travailler ensemble dans ces conditions ?**

**L'organisation en pôles multiplie les électrons libres et fait disparaître le collectif.** Le Directeur Général croit tellement en son projet qu'il ne voit pas les difficultés pratiques. Les directions de pôles deviennent plus puissantes que les directions fonctionnelles qui représentent le socle commun et qui sont totalement délégitimées. **Nous, les directeurs de soins, nous sommes dans une position de direction fonctionnelle transversale recouvrant tous les domaines touchant les personnels de soins, mais c'est tellement énorme et vague que l'on pourrait finir par ne servir à plus rien.** Si les pôles font de la stratégie, les directions fonctionnelles font quoi ?

**La Nouvelle Gouvernance, c'est une sorte de schizophrénie de l'hôpital : on décentralise sans vouloir perdre l'unité.** Comme tout cela s'applique sur fond de restriction budgétaire ou l'ARH cherche à récupérer des postes pour rééquilibrer les budgets, on se retrouve dans la situation où certains pôles voient leur activité exploser en termes de volume et les effectifs stagner ou se réduire. Cela commence à réagir dans les services. Comme tout se passe en même temps avec des réformes comme la T2A, l'hôpital est chamboulé. **En fait la T2A est structurante comme personne ne l'avait imaginée car elle va conditionner l'allocation des recettes. C'est diabolique cette histoire.** Avec les codifications des pratiques, tout le monde précise sa pratique et a l'impression d'améliorer son travail et cela se traduit par une baisse des ressources ; c'est le paradoxe. De même, on dit ce sont les médecins qui sont responsables de l'activité et donc des recettes ; est-ce que cela veut dire que les directions d'hôpital, jusque-là, faisaient n'importe quoi et que c'est pour cela que l'on a inventé les ARH ou les ARS maintenant ?

## **Portrait 19 : Directeur, directeur de pôle, CH**

### DE L'INTÉRÊT D'UNE DIRECTION DE PÔLE POUR UN DIRECTEUR-ADJOINT

Quand on m'a proposé une direction de pôle, j'ai accepté bien volontiers, parce que **c'était une belle opportunité pour moi, d'une part d'avoir une autre vision que les visions qu'on a dans des fonctions purement fonctionnelles, d'autre part de travailler autrement, en impliquant les médecins, en gagnant leur confiance et en construisant quelque chose ensemble.**

- Une direction de pôle, c'est donc un poste intéressant pour les directeurs adjoints ?

Ca dépend. Pour ma part, je pense que c'est très intéressant. Mais tous ne partagent pas cet avis. Certains préfèrent rester dans les directions fonctionnelles.

### DE LA PLACE D'UN DIRECTEUR ADMINISTRATIF DANS UN FONCTIONNEMENT DE PÔLE

- Quand les médecins vous appellent-ils, en tant que directeur de pôle ?

**Ils m'appellent lorsqu'il y a un problème pointu, en cas de difficulté. En cas de difficulté générale, organisationnelle :** par exemple, l'organisation de leur activité, l'organisation des soins en général, les secrétariats médicaux, etc. **Pour qu'ils m'appellent, j'ai d'abord dû faire l'effort d'aller vers eux, d'aller dans les services, de les rencontrer, et surtout de prouver l'intérêt des pôles, l'intérêt de ma présence et de celle du cadre sup. Ils n'étaient pas convaincus au départ de l'intérêt des pôles, en disant « C'est encore une strate supplémentaire, avec des réunions. Vous ne vous rendez pas compte : on n'a pas le temps ».**

- Comment on fait pour les convaincre ?

**Lors des premières réunions, j'ai souhaité comprendre le fonctionnement des services : comment est-ce qu'ils fonctionnaient, quelles étaient leurs activités, quelles étaient les difficultés. Très rapidement, il s'est défini des objectifs, des objectifs d'amélioration, à partir des difficultés qu'ils avaient émises. On s'est donné en moyenne 10 objectifs d'amélioration, mais qui répondent réellement aux difficultés quotidiennes :** ça part de l'absentéisme des personnels, ça passe par la DMS, ça passe par les difficultés d'obtention de lits d'aval pour la sortie de nos patients, on parle de l'emploi du temps des médecins, de l'importance de l'exhaustivité du recueil de l'activité, etc. **C'est vraiment large. Et l'on s'est attaché très vite à mettre en place des tableaux de bord, des indicateurs de suivi et à montrer ce que l'on réussissait à faire. Il fallait vite afficher des résultats. A partir de là, les médecins se sont peut-être dits « Ce n'est pas si mal que cela. On a des interlocuteurs directs ».**

### DE LA PLACE DU CADRE SUP DANS UN FONCTIONNEMENT DE PÔLE

- Quelle est la place du cadre sup dans le pôle ?

**Les cadres sup ont bien évidemment une fonction plus attachée à l'organisation des soins. Elles mettent en place les tâches qui ont été décidées en conseil de pôle. Elles sont aussi l'interlocutrice privilégiée des médecins :** les médecins vont plus facilement les voir que les directeurs administratifs de pôle. De temps en temps, ils nous appellent, quand vraiment ça déborde, mais ils vont plutôt les voir elles, parce qu'elles sont sur le terrain, elles sont vraiment sur le terrain.

### L'ABSENCE DE MÉDECINS A LA TÊTE DES PÔLES

A la tête des pôles, il n'y a pas encore de médecin. Chaque responsable administratif, chaque directeur de pôle, a essayé de faire en sorte qu'il y ait un directeur médical à la tête de chaque pôle. **Je ne vous cacherai pas que les médecins sont assez frileux. Certains ont émergé, mais pas de partout. Ce qui m'a été clairement dit dans certains pôles, c'est qu'ils préfèrent une organisation collégiale, qu'ils prennent des décisions collégiales en conseil de pôle et qu'ils n'en souhaitent pas plus. Ils mettent en avant qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils sont là pour soigner, qu'ils n'ont pas envie de quitter leur métier premier de médecin. Ils disent aussi qu'ils ne sont pas là pour faire de la paperasserie, qu'ils ne sont pas formés, qu'ils ne savent comment fonctionne un budget, qu'ils n'ont pas les éléments. Et puis, ils mettent en avant la question de la hiérarchie vis-à-vis du responsable médical potentiel : ils ne veulent pas dépendre d'un confrère, et réciproquement, ils n'ont pas envie de se faire battre, en tant que responsable médical, parce qu'ils auraient pris une décision qui ne convienne pas à leurs**

**confrères.** Actuellement, ils préfèrent le système collégial. C'est gênant, parce que, pour ma part, j'aurais parfois besoin d'un interlocuteur direct médical. Et puis, à force de prendre des décisions collégiales, ils ne tranchent jamais, par exemple sur un arbitrage d'investissement. Et c'est justement ce à quoi ils ne veulent pas arriver : ils ne veulent pas prendre la responsabilité de trancher, de décider, de ne pas satisfaire un confrère et de se prendre les coups. Il vaut mieux pour eux que ce soit l'administration qui le fasse... (rires).

## LES DÉNOMINATIONS

*- Comment s'appellent les médecins à la tête des pôles ?*

Vous faites bien de le préciser : **ce sont des « coordonnateurs médicaux de pôle ».** Au départ, on parlait de « directeur médical », mais qui dit directeur, dit délégation de gestion. Et les médecins ne veulent pas avoir de délégation de gestion, ils ne veulent pas gérer au plus près. Eux, ce qu'ils veulent, c'est simplement coordonner les objectifs médicaux, les décisions. Ils se voient vraiment comme des coordonnateurs, c'est-à-dire ceux qui vont aller prendre les avis des uns et des autres, et essayer de les faire remonter au niveau de la direction. Donc, à partir du moment où il n'y a pas de réelle délégation de gestion de la part du directeur d'établissement, on s'est dit qu'il fallait les appeler « coordonnateurs ».

*- C'est intéressant parce que dans d'autres endroits, les médecins se sont battus pour avoir le titre de directeur médical de pôle...*

Et bien, pas là ! (rires).

## LE REDIMENSIONNEMENT DES PÔLES

**On a revu le découpage des pôles : c'est ça aussi, l'intérêt de faire partie de l'expérimentation :** au départ, nous avions X pôles qui avaient été découpsés selon une certaine logique de prise en charge du patient. En fait, **les praticiens étaient parfois découpsés entre 2 ou 3 pôles, ce qui, pour eux, était beaucoup trop lourd en termes de charges d'activité. Ils ont été clairs en disant « Je veux bien participer à un pôle d'activité mais pas à deux, ni à trois ».** Il y avait forcément une partie de leur activité qui était mise à l'écart, ou qu'ils avaient l'impression de ne pas traiter en pôles. Donc, en fin d'année dernière, la CME a décidé de revoir le découpage des pôles, à la demande des médecins, pour essayer de reglobaliser l'activité médicale. Cela a conduit à enlever un pôle au global, mais surtout à redimensionner les pôles. **La principale erreur qui a pu être faite, c'est de ne pas avoir suffisamment tenu compte de l'activité des médecins dans le découpage : c'est en tous cas ce que reprochaient les médecins à la direction générale et au président de CME qui ont décidé du découpage. Maintenant, leur avis a été pris en compte.**

## DU POIDS DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA DYNAMIQUE DES PÔLES

**La concurrence des cliniques privées joue beaucoup sur le dynamisme des médecins de certains pôles. Dans les pôles qui sont en concurrence avec les cliniques, les médecins font corps, ils commencent à avoir un esprit d'équipe.** Et ils s'entendent effectivement sur des stratégies à adopter : ils se définissent des objectifs de développement de l'activité et de communication. **Dans les pôles qui sont moins en concurrence, c'est beaucoup moins vrai :** quand on a des services pleins à ras bord, les médecins ont plus de mal à fonctionner en pôles. Ils ont aussi plus de mal à imaginer le développement de leur activité, à moins qu'ils n'aient pas vraiment les patients qu'ils souhaitent.

*- Les patients qu'ils souhaitent, ce seraient ?*

Des patients avec des maladies aiguës qui correspondent à leur spécialité. Chacun, dans sa spécialité, voudrait développer son activité, mais on est obligé de bloquer un petit peu, parce qu'il n'y a pas de réflexion globale, au niveau du pôle ou de l'établissement. **Quand il n'y a pas de concurrence directe, les pôles fonctionnent moins bien. Il faut peut-être qu'on se sente en danger pour créer et activer une réelle dynamique au sein des pôles. Quand on est en danger, on se serre les coudes et on avance ensemble.**

## DE LA RÉSISTANCE DES DIRECTIONS FONCTIONNELLES

**Ce qui est une réalité, c'est que certaines directions fonctionnelles ont perdu du pouvoir ou vont en perdre.** A partir du moment où on aura une contractualisation, ce sont les pôles qui vont décider de tel ou tel investissement. Au niveau des services économiques, cela peut être pris comme « J'exécute ce que l'on me dit de faire et point ». Au

niveau des ressources humaines, c'est la même chose, parce que ce sont les pôles qui décident de l'affectation des agents.

*- Vous sentez déjà des résistances dans les directions fonctionnelles ?*

**Ce ne sont pas des résistances mais des ajustements à trouver. Il faut que l'on se mette d'accord, que l'on se mette chacun sur sa voie et qu'on sache qui fait quoi : où s'arrêtent les missions des directions fonctionnelles et celles des directeurs de pôles ?**

DE L'ÉVICTION DE LA DIRECTION DE SOINS ;

**Il y a des directions fonctionnelles qui ont perdu beaucoup de pouvoir. Pas toutes, mais pour certaines, c'est sûr. Je pense précisément aux Directeurs des Soins : là, il y a eu un vrai glissement de responsabilités. Ici, le directeur des soins ne sait plus trop où et comment se situer, ce qu'il doit faire et ne doit pas faire. Ce sont maintenant les cadres sup qui prennent en charge, au niveau de chaque pôle, l'organisation soignante des services, la gestion des effectifs : il y a eu un glissement de responsabilités certain.** Cela crée des tensions entre les directeurs administratifs de pôle et le directeur des soins.

LA RÉACTION DES SYNDICATS

*- Comment ont réagi les syndicats localement ?*

Lors de la mise en place des pôles, ils ont d'abord observé ce qu'il se passait. Et ensuite, ils nous ont demandé de pouvoir avoir une implication dans les pôles, de faire partie des conseils de pôle (rires). Je ris, parce que... **Je n'ai rien contre les syndicats : chacun a le droit de s'exprimer et parfois ils font avancer les choses. Mais c'est tellement difficile, surtout au départ, de prouver l'intérêt des pôles, que si, en plus, on doit gérer les syndicats dans tout ça, on n'y arrivera jamais.** Je comprends la position du DG qui n'a pas voulu que les représentants syndicaux soient, en tant que tels, dans les conseils de pôle. **Il n'y a pas de légitimité à intégrer les représentants du personnel dans les conseils de pôle.** Cela a été acté et aujourd'hui, on n'en entend plus parler.

L'ÉLOIGNEMENT DES PERSONNELS AU PÔLE

*- Comment les personnels vivent-ils les pôles ?*

A l'issue de chaque conseil de pôle, le cadre supérieur informe les cadres de santé, les cadres de proximité, de ce qu'il s'est dit. Mais ce n'est pas pour autant que les cadres de proximité font descendre l'information vers les personnels soignants. Je pense qu'il faudra forcément, à un moment donné, intégrer les personnels soignants, enfin les personnels en général, dans l'information et la vie du pôle. Pour le moment, les personnels vivent le pôle de façon très très lointaine et n'ont pas forcément en tête tous les objectifs du pôle. Ils ont bien en tête l'existence de l'équipe de pôle, mais pas du pôle en général.

UN DÉBUT D'INTÉRÊT DES MÉDECINS POUR LE PÔLE

*- Comment les médecins vivent-ils le pôle ?*

Ils commencent à s'impliquer, à avoir le pôle en tête. Et qui plus est, ils m'ont dit apprécier le fait qu'on soit tous ensemble autour d'une table et que l'on parle ensemble d'objectifs communs. Avant, ils ne le faisaient pas. Ils ne se voyaient pas entre eux, ou très peu, en coup de vent ; il n'y avait pas de staff. Tout se faisait de façon informelle, dans un coin de couloir, alors que là, tout est mis à plat. De ce point de vue – échanger et avoir des objectifs communs –, ils voient un intérêt au pôle.

T2A et NG

**Pour moi, la mise en place des pôles ne peut pas se faire sans la T2A, et inversement.** Si on a l'objectif dans un pôle de développer tel ou tel type d'activité, il faut que cette activité soit rémunérée, que l'on ait le budget en face. Pour moi, la T2A a un intérêt dans ce sens-là. **Mais, à l'heure actuelle, compte tenu des difficultés pour la construction du budget 2005, les médecins se disent qu'ils ont été leurrés. Ils n'ont eu aucun retour sur leurs efforts, aucun. Et comme les budgets 2005 sont inférieurs aux budgets 2004, ils se disent « Finalement, on a fait tout ça pour rien et on s'est fait avoir ».**

## **Portrait 20 : Directeur, directeur de pôle, CHU**

### *UN NOUVEAU TANDEM MÉDICO-ADMINISTRATIF*

*-Au niveau global, peut-on dire que la Nouvelle Gouvernance instaure un nouveau tandem médical/administratif ?*

**Oui, et les médecins en sont contents. Ils connaissent enfin le visage de leur interlocuteur, ils ont enfin une relation directe :** ils le disent en permanence. Alors évidemment, ça dépend des personnes, des relations entre personnes. Ceux avec qui je travaille, ils sont satisfaits de la façon dont on travaille. Moi, je ne suis pas en permanence sur leur dos. Si on a besoin de se voir, on se voit ; ça peut se faire dans le couloir, ça peut se faire au self, ça peut se faire n'importe où. **On a une relation qui est beaucoup plus directe, une relation directe identifiée. C'est très intéressant et c'est un point positif pour les médecins. Et de notre côté, on n'a plus à passer par les secrétaires pour les joindre.** Ça, c'est un point positif aussi. **Et puis je crois qu'au-delà de la communication elle-même, c'est l'information apportée qui en profite,** c'est-à-dire que s'ils ont une question ou un point à éclaircir, avant de téléphoner à leurs syndicats, ils n'hésitent pas à prendre leur téléphone et à nous appeler. Ils s'aperçoivent qu'on est capable de leur donner une information...

**- Alors qu'avant ?**

Avant, ils appelaient leurs syndicats ou alors ils appelaient les directeurs fonctionnels mais sans savoir vraiment qui appeler. Vous savez, les circuits administratifs dans un hôpital, c'est un peu compliqué. Surtout dans un CHU, il y a forcément 12 commissions, 30 procédures. Là, maintenant, on est capable de leur expliquer des choses, rapidement, simplement. Quand je dis qu'on en est capable, ça sous-entend qu'on ait des outils opérationnels, et ce ne n'est pas toujours le cas. Mais **dès lors qu'on a les bonnes informations et les bons outils, on est capable de leur expliquer les modes de fonctionnement et ils sont capables d'entendre.**

*-C'est un changement profond pour les directeurs administratifs, parce qu'avant, il y avait peu de dialogue avec les médecins, non ?*

**Il y avait un dialogue, forcément, mais pas aussi intense qu'aujourd'hui, pas aussi direct et peut-être pas aussi intéressé qu'aujourd'hui. Médecins et directeurs, on est aujourd'hui tous autant intéressés.** Evidemment, ça crée des situations un peu inédites, confuses parfois, mais inédites. C'est-à-dire qu'on est obligé de mettre de la transparence dans les modes de fonctionnement, autant pour l'organisation administrative que pour l'organisation médicale. **Lorsqu'un médecin est en congrès et qu'il n'est pas là pendant un mois, la baisse de son chiffre d'activité s'explique toute seule. Après, il ne peut pas venir me dire « Je n'ai pas assez de moyens etc ». Je vais lui dire « Regardez votre activité ».** De notre côté réciproquement, si, nous, les directeurs, on a une mauvaise procédure de commande ou de recrutement, ça se voit tout de suite aussi. **C'est une transparence pour les deux parties :** elle est plus ou moins bien acceptée, parce qu'évidemment chacun a son histoire, sa formation, donc évidemment ça ne se fait pas du jour au lendemain.

*-Les médecins ne sont plus des intouchables pour les directeurs ?*

C'est difficile de dire qu'ils ne sont plus intouchables, je ne le dirais pas comme ça. C'est-à-dire qu'on est sur un mode de dialogue qui peut être un dialogue vrai, sur des arguments qui sont des arguments intelligents et fondés. Si on discute de l'activité, on est au cœur, tous les deux – le médecin et moi – du problème : il y a telle activité, comment a-t-elle été enregistrée, comment a-t-elle été saisie, comment a-t-elle été réalisée ? Avec quels moyens ? Tous les deux, on le sait.

### **DES MÉDECINS QUI COMMENCENT À Y CROIRE**

**Je crois que les médecins et notamment les chefs de service commencent à trouver de l'intérêt à être en pôle.** Parce qu'il y a des avantages pour chacun des services concernés du pôle. Parce qu'il y a aussi un avantage général : ils s'aperçoivent que le pôle constitue une force de proposition et de négociation au niveau du CHU, une force qu'ils n'auront plus au niveau des services. **Avant, un chef de service prenait rendez-vous avec le directeur général ou le directeur des finances, quand il avait quelque chose à demander. Maintenant, les relations ne sont plus du tout de même nature : la décision doit être prise dans le cadre du pôle, avec le directeur administratif.** S'ils ne le font pas, ils n'obtiennent rien. Je crois qu'ils commencent à voir que c'est dans leur intérêt. Ils commencent à négocier entre eux pour faire passer telle ou telle chose. **C'est une expérience vraiment intéressante, c'est une évolution importante pour l'hôpital.** Mais il va falloir éprouver l'expérimentation. Pour cela, il faut qu'on laisse de la souplesse dans l'organisation interne ; il ne faut absolument pas verrouiller les modes de fonctionnement et il faut surtout éviter



d'alourdir les structures. Ça ne sert à rien de multiplier et figer les structures, parce que les médecins – et ce ne sont pas les seuls –, en ont assez de se réunir, ils ont d'autres choses à faire. Et ils le rappellent souvent « On est là pour soigner les malades ».

## LE MILLE-FEUILLES

**Avec la Nouvelle Gouvernance, on est vraiment aujourd'hui dans une organisation mille-feuilles. Malheureusement, on a laissé toute l'organisation existante en place et on a ajouté une organisation en pôles, avec un conseil exécutif.** On a donc le CA, la CME, le CCCT, les CCM, le CHSCT, et puis le conseil exécutif. Et l'on entend déjà se plaindre les chefs de pôle qui ne sont ni au conseil exécutif, ni à la CME, et qui demandent une nouvelle instance qui représente tous les pôles. Et c'est la même chose dans les pôles : on a le bureau de pôle, le conseil de pôle, le CCM de pôle, etc, etc. et l'on entend déjà se plaindre ceux qui n'y sont pas. **C'est un mille-feuilles, je trouve que ça fait beaucoup d'instances.** Et ça, c'est un peu dommage. On avait déjà des lourdeurs administratives en termes de relations entre les pôles et les directions fonctionnelles, on a ajouté les lourdeurs au niveau des instances. **Et le problème, c'est qu'on va mettre du temps à l'alléger, ce mille-feuilles.**

## LE FONCTIONNEMENT ACTUEL DES PÔLES : CE N'EST QU'UN DÉBUT...

Comment fonctionnent les pôles aujourd'hui dans cet hôpital ? Que s'y décide-t-il ?

Il faudrait un peu plus de recul pour le dire. **De nombreux pôles ne sont pas en mode de fonctionnement de routine, ils n'ont pas encore rôdé leurs structures, ils ne se sont pas confrontés entre eux, ils n'ont pas eu de sujet sérieux à débattre.** On a certes présenté des projets de pôle mais bien souvent, sans approcher la question des arbitrages internes forts. Donc **je crois qu'il faut que les structures internes se mettent en place, que les conflits traditionnels arrivent sur la table, et c'est là qu'on verra comment fonctionnent vraiment les pôles.**

*- Disons alors, quels sont les premiers retours des premières réunions, décisions ?*

Sur un des pôles que je dirige, je dirai qu'**on est arrivé à un fonctionnement intéressant, avec les discussions en bureau. Un médecin, qui arrive avec un projet de nouvelle activité, doit développer, argumenter, démontrer, prouver, etc. .... Et ça ne se fait plus dans son coin, dans un bureau à 2 ou 3. Ça se fait en bureau, avec tous les autres médecins :** tout le monde est au courant, le projet est connu, on fait des réunions, il faut penser à des arbitrages. C'est un débat qui est ouvert, en bureau et en réunion, dans le but que tout le monde soit au courant, dans le but aussi que celui qui veut mener une activité ne le fasse pas au détriment des autres activités du pôle.

*- Il y a déjà eu des arbitrages sur plusieurs propositions d'activités nouvelles ?*

De l'arbitrage vrai, il n'y en a très peu eu. Il y a seulement eu des débats pour peaufiner les projets présentés. Et notamment le dernier, qui faisait peur, en termes de coûts d'organisation. Comment est-ce qu'on va s'organiser ? Ça c'est un bon débat. C'est un début. Mais il y a des sujets où on n'a pas encore arbitré, et pour cause : ce sont les sujets budgétaires. Aujourd'hui, on n'a pas encore, d'une part, les outils, et d'autre part, la capacité à faire prendre des arbitrages, puisqu'**on n'a pas passé le cap de la contractualisation. Ce cap sera déterminant, j'en suis sûr :** pour le moment, que le pôle fasse plus d'activité ou non, son budget est réduit de 10%. On ne peut pas motiver les coordonnateurs médicaux à signer un contrat, dans un tel contexte. C'est tout l'enjeu de l'application de la T2A.

## DÉCOUPAGE DES PÔLES : LES RAISONS FACILITANTES

*- Votre pôle est plutôt réputé pour bien fonctionner. Comment vous expliquez cela ? La taille, l'activité, le lieu unique ?*

**Il est tout petit, il a une cohérence médicale, il a été parmi les premiers, il y a eu un effet regroupement sur un lieu unique, etc, etc... Tout cela facilite les choses, c'est sûr.** C'est sûr qu'il y en a qui sont plus faciles que d'autres à manager. **Mais surtout, il y avait une volonté médicale des chefs de service de travailler ensemble, une volonté globale.** C'étaient des gens qui se connaissaient depuis longtemps et qui s'entendaient bien. On a donc pu partager des ressources, mutualiser les activités, et continuer, faire évoluer, dans une cohérence médicale, des prises en charge assez partagées. Au niveau du fonctionnement de pôle, ça continue à bien marcher, parce qu'il reste cette volonté, cette dynamique interne, de fonctionnement partagé, d'essayer de faire quelque chose ensemble et d'un haut niveau. **C'est vrai que c'est quelque chose d'assez exceptionnel dans le paysage français, des pôles comme ceux-là, mais il y en a...**

## DÉCOUPAGE DES PÔLES : L'IMPORTANCE DE LA SOUPLESSE

- Sur quelle logique s'est fait le découpage des pôles ?

Il y a eu une commission médico-administrative, avec dominante médicale, présidée par le président de la CME, **et ils ont arbitré, sur des critères de cohérence médicale – je pense – mais aussi sur la volonté des uns et des autres de vouloir travailler avec son confrère ou de ne pas vouloir travailler avec un tel ou un tel.** Il est clair que dans la mesure où quelqu'un ne veut pas aller travailler avec quelqu'un d'autre, il faut bien le mettre ailleurs. Les critères ne sont pas si rigoureux que ça. Mais c'est évolutif, à aucun moment, il n'a été inscrit dans le marbre que tel pôle serait constitué de tel service et que cela resterait comme ça, 5 ans ou 10 ans. Non, **il faut qu'on puisse revoir les périmètres de pôle chaque année. Il faut laisser une certaine souplesse.** Pas en milieu d'année parce que ça devient trop compliqué au niveau administratif, avec la question de la comptabilité. Mais par contre, on peut envisager, d'une année sur l'autre, que des structures bougent complètement lorsqu'elles étaient au départ prédéfinies dans un pôle. **Cette souplesse est absolument essentielle, c'est une soupape de sécurité.**

## UN NOUVEAU MÉTIER DE DIRECTEUR : NOSTALGIE DE L'ANCIEN MÉTIER ???

- Comment les directeurs administratifs en général perçoivent-ils la redistribution des rôles suite à l'organisation en pôles ?

Je dirais que c'est comme les médecins, c'est comme les cadres infirmiers : on est tous logés à la même enseigne. Il y a des professionnels, quelles que soient leurs fonctions, qui sont très attachés à leur métier d'avant, qui ont un peu peur d'un métier futur ou de la transformation de leur métier actuel. Et puis, il y a ceux qui ont dans l'idée que l'hôpital ne peut survivre que dans l'évolution, ce qui est mon cas : **on ne peut pas rester attaché à certaines structures qui ont démontré une certaine inefficacité, dans le contexte où l'on se situe, économiquement et nationalement parlant.** Cela étant, les modes d'organisation dans les CHU ne sont pas les mêmes, loin s'en faut. On a choisi ici un mode d'organisation avec un directeur adjoint à la tête des pôles : je ne sais pas si c'est nécessaire et si cela survivra.

- Vous pensez à quel autre mode d'organisation possible ?

Je me demande si on ne peut pas **mettre à la tête des pôles un cadre de santé et un cadre administratif, sans penser forcément à un leader, à un directeur.** Je ne sais pas bien. On pourrait garder les directeurs pour être de simples référents sur des difficultés ponctuelles des pôles, mais sans qu'ils soient placés à la tête des équipes de pôles. Cela allégerait l'organisation administrative des pôles et laisserait encore plus d'autonomie aux pôles, même s'il faudrait laisser un cadre administratif. Pour le moment, c'est un peu flou, parce que, nous, les directeurs, on est dans le pôle mais on reste malgré tout des représentants du directeur général dans notre pôle.

- Sur cet hôpital, il y a encore des directeurs au niveau central ?

Oui, on en a toujours, on a un DRH, on a toujours un directeur des finances, etc... Vu de l'extérieur, on pourrait toujours se demander si c'est vraiment utile. Quand je rencontre des collègues de l'extérieur, c'est d'ailleurs la première question qui m'est posée. On pourrait penser à supprimer tous les directeurs fonctionnels. (rires)

- Vous ne semblez pas penser que ce serait souhaitable ?

Je pense que ce n'est pas encore très mûr. **A la décharge des directions fonctionnelles au niveau central, il y a des missions de contrôle, de consolidation, etc... comme dans toutes les grandes entreprises, qu'il faut garder à un niveau central. Un hôpital doit consolider sa formation et doit donner sa politique, sa directive ; ça ne peut pas se faire au niveau des pôles.** Il faut qu'il y ait aussi une garantie des statuts, et puis il y a tout un travail à faire pour échapper à l'éclatement. D'où l'idée de garder, comme dans plusieurs établissements pilotes, un lien fort entre le centre et les pôles, pour avoir un œil sur le fonctionnement des pôles.

- Vous êtes donc assez négatif sur l'expérience de directeur de pôle ?

Quand je suis venu dans cet établissement, je savais que j'allais être directeur de pôle, donc j'accepte l'expérience en tant que telle, forcément. Mais je ne suis pas sûr aujourd'hui que dans l'organisation de l'hôpital, on puisse en rester là.

## LES DÉNOMINATIONS

- Est-ce que la position de responsable de pôle a été très recherchée par les médecins, localement ?

C'est comme partout, on a eu des chefs de services, qui étaient membres de CME, membres du conseil exécutif, qui se sont manifestés. **Ils aiment avoir plusieurs casquettes** – ça serait d'ailleurs intéressant d'examiner la pertinence de leurs positionnements dans ces différentes instances –, **et ils aiment bien le pouvoir.** Il y en a même qui ont essayé d'avoir le titre de directeur médical, mais ils ne s'appellent finalement pas « directeur médical » : c'est pas de bol ! On les appelle « responsable de pôle », « chef de pôle », « coordonnateur médical ». **Il y en a qui sont un peu déçus, j'en connais qui voulaient vraiment s'appeler « directeur médical », parce qu'ils voulaient être seuls à la tête du**

**pôle. Souvent, ils revendiquent l'illusion du pouvoir qu'implique le titre, mais sans avoir les inconvénients de la gestion.**

*- Ici, vous les appelez comment : des « coordonnateurs médicaux » ?*

Dans l'ordonnance, ils sont appelés « responsables de pôle », « chefs de pôle », on ne sait pas trop. Mais au delà du titre, la vraie question, c'est : jusqu'où va la responsabilité ? Et si demain, comme ils y ont droit, on leur donne une délégation pleine et entière, avec une signature ? Le problème, c'est qu'ils ne sont pas responsables pénalement, c'est le directeur qui est responsable. C'est un peu plus que médical, cette affaire.

## LA SUPPRESSION DES SERVICES

Pour vous montrer à quel point ce pôle fonctionne, **il suffit de vous dire que les chefs de service du pôle sont en train de parler de la prochaine étape à venir : la suppression des services. Oui, je dis bien : la suppression des services !** Et ce qui est bien, là, c'est que ce n'est pas l'administration qui en parle ou encore le Ministère, c'est les chefs de service eux-mêmes. Vous savez pourtant que la notion de service est une chose accrochée, ancrée dans la mémoire collective, dans les honneurs : chacun revendique sa chefferie de service, son territoire et tout ce que ça comporte. Alors que là, non, ils sont prêts à avoir une vision qui est plus souple. Il n'y a pas bien longtemps, le coordonnateur médical disait encore « Il faudra supprimer ces services ».

*- C'est envisageable sur le long terme ?*

Non, je ne pense pas que ce soit du long terme.

*- La suppression des chefferies de service aussi ?*

La suppression des chefferies de service, c'est sans doute une autre question que celle des services. Mais la suppression des services en tant que telle, ça, ce serait déjà quelque chose. **Malheureusement, les ordonnances viennent de paraître, et ils n'ont pas supprimé les services, donc on ne va pas pouvoir les supprimer ici.** Mais on va dire que ce qui importe, c'est qu'il y a un état d'esprit qui fait qu'il y a une volonté de partager, même si ça n'enlève pas le débat et, de temps en temps, des tensions... ce qui est tout à fait normal. S'il n'y avait pas des tensions parfois, ce serait peut-être un peu chiant.

## LES MÉDECINS-ADMINISTRATIFS AUTREFOIS

*- Comment les médecins réagissent-ils à l'attention portée à leur activité ?*

Avant, ils ne voyaient pas ça comme un problème parce qu'on avait des indicateurs extrêmement frustrés de l'activité, donc ce qui ne nous donnait pas une bonne idée de l'activité réelle faite par les professeurs. On n'avait pas une bonne visibilité de l'activité. Donc quand un médecin nous demandait « Il me faut 3 infirmières, 2 secrétaires » – le truc habituel quoi –, on lui disait « Oui, mais votre taux d'occupation est inférieur à 80% ». **Aujourd'hui, on va pouvoir discuter sur un autre mode, en discuter avec d'autres indicateurs, plus réalistes, plus complets.** Et on va également discuter, ça c'est plus du côté médical, avec une meilleure connaissance des contraintes financières et de la construction budgétaire, et ça c'est quelque chose, cela n'existait pas bien avant. Il y avait quelques médecins qui s'y intéressaient mais pas suffisamment pour avoir un niveau de contractualisation futur propre entre la direction et les médecins. Il y a ça, aujourd'hui, entre la direction du CHU et le pôle. **L'intérêt, c'est qu'on n'est plus à un niveau personne / personne mais à un niveau structure / structure.**

## LA DISCUSSION DES COÛTS AVEC LES MÉDECINS

*- Vous observez déjà des formes de concurrence entre activités de votre pôle ?*

Sur le pôle, il y a un secteur qui nous coûte de l'argent. Alors moi, **je dis clairement à tous les médecins « Si vous acceptez de financer sur vos ressources les déficits de vos collègues, d'accord, mais vous me dites comment. Et ne venez pas me voir après, en aparté, en me demandant deux secrétaires ; ça ne marche pas. Si vous n'êtes pas content du budget, ce n'est pas à moi qu'il faut le dire, c'est au parlement ». Donc ça, ils l'ont bien compris.** Mais pour être crédible auprès d'eux, il faut être très fort sur la méthode et sur les outils : ça veut dire qu'il faut être capable d'afficher des coûts de production, éventuellement très fins, en descendant jusqu'aux coûts de la pathologie. Dans ce cas-là, on est capable de dire à un médecin : « Tu ne peux pas accepter de payer autant pour cette pathologie, alors que ton confrère qui se trouve dans un autre CHU dépense beaucoup moins, 30% de moins. Ça veut dire que tu dépenses trop ». Quand on commence à avoir ce genre de débat avec des médecins, ça devient intéressant. Ça veut dire qu'il y a des médecins qui ont certes compris que l'on peut critiquer tous les outils – tous les outils ne sont pas bons –, mais qui ont aussi compris que les outils sont les mêmes pour tous : par exemple, si on prend l'échelle

nationale des coûts, elle ne peut pas être bonne pour les uns et mauvaise pour les autres, elle est pareille pour tout le monde. Donc, après, on peut regarder si dans l'échelle nationale des coûts, tout a bien été saisi correctement, et de la même manière – ça, c'est un boulot d'application –. Mais dès lors que cette référence s'applique à tout le monde, il faut expliquer pourquoi on coûte plus cher ? Et on peut l'expliquer : il y a des activités qui peuvent être dispersées ; il y a aussi des missions un peu particulières etc... On peut avoir des explications. **Mais faut-il encore accepter, dès le départ, que la comparaison soit faite avec le voisin. Et pas avec le voisin du CHG ou de l'hôpital local, ce serait trop facile. Non, que la comparaison soit faite avec le voisin du CHU qui est sur le même niveau de rigueur de qualité scientifique.** Là, ça permet d'ouvrir un débat qui est intéressant.

*- Quand on en arrivera à des débats sur la question budgétaire, est-ce que vous ne pensez pas que vous allez avoir des difficultés pour faire coopérer les activités ? Les médecins vont-ils accepter de financer le déficit de leur voisin, surtout s'il n'y a pas de lien de cohérence fort entre les activités ?*

Eh bien, je ne sais pas. C'est trop tôt pour le dire. La première chose à faire comprendre, c'est qu'il faut accepter l'idée que quand on a 100, on ne peut pas dépenser 110. Alors, certains diront peut-être qu'on peut emprunter, mais il faut bien rembourser le coût de l'emprunt et de toutes façons, on ne peut pas vivre toute sa vie à crédit. **Je crois, malgré tout, qu'il y a une évolution qui se fait : il y a des médecins qui commencent à comprendre et qui acceptent le principe d'un contrôle des coûts, même si ils jouent un jeu peut-être un peu corporatiste.** Cela exige de notre côté beaucoup de rigueur, de transparence, pour qu'ils puissent avoir les éléments pour comprendre, pour décider. Et c'est normal. **Mais il y a aussi ceux qui refusent totalement.** Il y en a encore qui refusent totalement. J'ai eu deux chefs de service qui étaient les plus mauvais en termes de saisie de l'activité, avec des taux d'exhaustivité épouvantables. Ils ont rattrapé ça, il y a seulement une quinzaine de jours, et aujourd'hui ils sont presque à 100%, parce qu'on a réussi à leur faire comprendre que si il n'y avait pas d'activité, il n'y avait pas de tarifs, il n'y avait pas de ressources, il n'y avait pas de moyens et donc ça finirait par revenir en boomerang et réduirait leur périmètre d'activités. Ça, ils l'ont compris et ils ont compris également que s'ils ont une bonne activité – c'est le principe même de la T2A, un principe qui aura ses limites –, ça peut générer des recettes supplémentaires qui permettent de continuer à développer des activités qui ne sont pas forcément très rentables, par définition. **Je crois que ça avance.**

## LES RÉTICENCES DES DIRECTIONS FONCTIONNELLES ET LES ATTENTES DES PÔLES

*- Qu'est-ce qui échappe encore au pôle dans l'affectation de certaines dépenses ? Qu'est-ce qui échappe au financement par le pôle ?*

Il y a plein de choses, et quel que soit le type de dépense. Je crois que c'est plus par difficulté d'avoir des outils capables de mieux gérer les répartitions entre les différents pôles, entre les différents pontes, entre les différentes dépenses, ce qui est quand même une sacrée machine à remuer. Mais **il y a aussi une réticence de la part des directions fonctionnelles : elles maintiennent aussi leur rôle, mais il va falloir que cela évolue, surtout dès lors qu'on aura contractualisé.** La contractualisation, il faudra qu'elle ait un vrai contenu : dans le contrat va figurer un budget, un budget en fonction des ressources d'activités et des perspectives d'activités. Donc, s'il n'y a pas d'activité au final, il sera normal que les ressources diminuent, mais s'il y a plus d'activité, il sera normal que les ressources augmentent, il faudra tenir le contrat. Aujourd'hui, ce n'est pas encore ça, on n'en est pas encore à un stade où le budget est lié à l'activité. **C'est au compte-gouttes, et encore.**

## L'ÉVICTION DES DIRECTIONS DE SOINS

*Quelle est la place des directions de soins dans le conseil exécutif ?*

**C'est un choix du CHU, de mettre ou de ne pas mettre les directeurs des soins au conseil exécutif. Ici, ils ont choisi de ne pas les mettre.** Un moment donné, il avait été imaginé de positionner les directeurs de soin sur des ensembles de pôle. Moi, j'ai dit « Niet, ça ne marche pas : on ne peut pas avoir une équipe composée du médecin, du cadre sup., de l'assistant gestion et du directeur, et en rajouter un cinquième, qui serait le supérieur hiérarchique du cadre de santé. Ça ne marche pas, ça ». Quelle que soit la position du directeur des soins, il ne peut pas y avoir de relations hiérarchiques entre le cadre de santé et le directeur des soins au sein du pôle : dès lors que le pôle contractualise et a une autonomie de gestion, ça ne sert à rien. On a eu un gros débat là-dessus, assez vif avec le directeur de soin. Mais moi, je pense qu'il y a très longtemps, il y a eu une erreur commise avec la création des directeurs de soin. On a eu les cadres, les cadres sup et puis on a créé les directeurs de soin, mais sans vraiment définir leur véritable mission. Je trouve qu'il aurait d'abord fallu savoir ce qu'on voulait faire, avant de créer ces postes et définir convenablement les missions. **J'ai l'impression qu'on a mis la charrue avant les bœufs. Et maintenant on**

se retrouve, avec les directeurs de soin sur les bras, on ne sait pas trop quoi en faire, alors on les met sur des missions transversales.

## LA T2A EN CHU : LA QUESTION DU FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

**Toute la complexité de la définition d'un CHU, c'est d'articuler les activités : les activités de soins, l'enseignement et la recherche.**

Il y a d'abord les activités de soins, dites de routine, qu'à peu près tous les établissements sont capables d'assurer, des activités qu'on est obligé de faire. En CHU, en l'occurrence, on a un rôle de proximité, il faut traiter les malades, qui pourraient être traités ailleurs, mais comme il n'y a pas de structures pour les prendre en charge, il faut les traiter ici.

**C'est un rôle de proximité normal.**

Ce rôle de proximité est d'autant plus important qu'il sert le CHU pour une autre raison : **l'enseignement**. Si vous n'avez pas le panel de toutes les pathologies qui peuvent être prises en charge, vous ne pouvez pas former les généralistes qui s'installent en libéral. C'est tout bête. Donc on est bien obligé de considérer que **le CHU doit absorber une activité dite de proximité, qui a deux rôles, à la fois rendre service à la population et à la fois exercer son rôle de CHU au titre de l'enseignement.**

**Et puis, un CHU, c'est aussi la structure au plus haut niveau, la structure de référence**, qui doit définir les bonnes pratiques professionnelles, tester, mettre en route des protocoles, essayer de trouver des traitements innovants avec des molécules très coûteuses, justement parce que c'est en cours de développement, et ça, ça ne peut se faire qu'en CHU. Et ça se fait sur une équipe, au niveau national, au niveau international. On a cette **mission de recherche** qui est absolument fondamentale.

**Alors évidemment, toute la problématique tourne autour de la possibilité d'articuler les trois activités.** Et c'est pour ça qu'il est important de se demander comment on va financer les activités des CHU avec la T2A. Pour la seule activité de soin, on pourra comparer avec les établissements comparables du secteur privé. Mais il y a aussi l'autre partie avec des missions qui sont exclusivement du CHU – transplantation d'organes, grands brûlés, etc – et puis d'autres missions qui sont des activités à rayonnement soit régional, soit national, et qui sont extrêmement ciblées, par exemple, les centres de référence de maladies rares, la mucoviscidose. **Ici, on touche à des activités, pour lesquelles des moyens sont ciblés, et qui doivent être financés de manière spécifique.**

Donc là, **il faudra isoler le financement**. La difficulté, c'est qu'au niveau du CHU, on va avoir des pôles qui font plus de recherche que d'autres, et qu'il va donc falloir établir des critères de financement – des critères transparents – pour ceux qui font plus de recherche. Globalement, il a été dit qu'il y aurait 13% pour les éléments de la recherche dans les CHU mais tout le monde ne peut pas avoir 13% : si une équipe ne fait pas d'enseignement et de recherche, je ne vois pas pourquoi on lui donnerait 13%, il vaut mieux les donner à ceux qui en font deux fois plus. **Encore un point qui justifie la présence d'une direction centralisée.**

## ***Portrait 21 : Directeur Général, CHU***

### **POINTS DE VIGILANCE :**

#### **PAS DE DUPLICATION, DE NOUVELLES RELATIONS, ÉCRIRE DES PROJETS, DE NOUVELLES RÈGLES, FORMER...**

*- Que diriez-vous à vos collègues qui vont être confrontés au texte du 2 mai et qui vont devoir mettre en route cette aventure, qu'est la Nouvelle Gouvernance ? Que leur suggèreriez-vous ? Quels sont les pièges à éviter ? Quel est le mode d'emploi de la Nouvelle Gouvernance ?*

Il ne faut pas chercher à dupliquer d'un établissement à un autre car **ce type de réforme ne se prête pas à la duplication**. Il faut aussi que l'établissement soit prêt. Ici, pour expérimenter cette Nouvelle Gouvernance, j'ai attendu de pouvoir saisir une opportunité. Il n'y avait pas de texte mais avec mon équipe de direction, nous connaissions l'esprit du texte qui se préparait. **Il fallait donc trouver l'occasion d'organiser l'hôpital en pôles et cela pouvait se faire au travers d'un projet d'établissement, d'un déménagement architectural, d'un renouvellement d'hommes... une opportunité quelconque.** Maintenant, il n'y a plus d'opportunité à saisir puisqu'il y a une obligation au 31 décembre 2006 de mettre l'hôpital en pôles d'activités. Alors les conseils qu'on pourrait donner ? Le premier conseil, c'est **« Ne réfléchissez pas, ne vous posez pas de questions et attaquez demain matin. N'attendez pas, vous n'aurez pas assez de temps pour mettre tout ça en œuvre au 31 décembre 2006. Déjà vous êtes en retard, si vous n'avez pas commencé à expérimenter, vous êtes déjà en retard, ce n'est pas très grave en soi. Mais ça veut dire que quand on est en retard, il vaut mieux en avoir conscience, ne cherchez pas à rattraper le retard parce qu'à la limite le jeu n'en vaut pas la chandelle, parce si l'on ne démarre pas au 1<sup>er</sup> janvier 2007, on démarrera au 1<sup>er</sup> septembre 2007 »**, ce n'est pas très grave à mon avis. Par contre, l'important, c'est de démarrer dans de bonnes conditions.

**Ce qui me paraît important, c'est l'appropriation de la démarche d'une nouvelle façon de travailler ensemble, c'est-à-dire médecins, soignants, directeurs. Ce n'est que cela une nouvelle gouvernance.** C'est-à-dire qu'il faut rapprocher les cultures et l'on n'imagine pas à quel point les gens ont une méconnaissance de la fonction et des champs de compétences des uns et des autres. **Dans un premier temps, tout va s'exprimer en termes de pouvoirs.** Or il faut dépasser cette expression en termes de pouvoirs pour rentrer dans le champ de compétences des uns et des autres et l'on va s'apercevoir qu'un chef de service n'a quasiment aucun pouvoir donc il n'a rien à perdre.

*- C'est symbolique peut-être...*

Ah oui, c'est très important. Finalement, on va s'apercevoir que pour soigner un malade il faut bien sûr qu'il soit dans un lit mais que, pour autant, l'on n'est pas obligé d'avoir une seule spécialité de médecine dans une même aile d'un bâtiment d'hospitalisation. **On peut avoir un lit de médecine dans la chambre 12 et un lit de chirurgie dans la 13, a priori, ce n'est pas gênant. On va également se rendre compte que, finalement, un directeur, ce n'est pas forcément un empêcheur de tourner en rond, ce n'est pas un emmerdeur ; cela peut être aussi un homme de ressources tout à fait compétent et utile permettant la réalisation de projets médicaux.**

**L'appropriation culturelle de la réforme, ce sont trois grandes thématiques. D'abord, il faut que le champ des possibles soit perçu.** Ce n'est pas parce qu'on met en place une nouvelle gouvernance que c'est le médecin qui va recruter directement son infirmière et qu'il va prendre une jeune, blonde, de 25 ans, sous prétexte que cela coûte moins cher, plutôt qu'une vieille qui a 50 ans et 12 enfants et qui a mal au dos. **Ensuite, il y a un très gros travail de définition des rôles de chacun à réaliser.** Je crois que le positionnement de chacun est très difficile à mettre en œuvre. **Ensuite, il faut expliquer la contractualisation. Qu'est-ce qu'un contrat, qu'est-ce qu'une relation contractuelle ? Cela veut dire, entre autres choses, qu'il faut écrire.** Donc il faudra apprendre aux gens à écrire et à parler entre eux. Vous allez me dire que cela n'a rien à voir avec la Nouvelle Gouvernance et pourtant si : on en est là. **Il faut expliquer aux gens que l'on parle ensemble, que l'aide-soignant est tout à fait concerné par le projet médical et que le médecin doit s'intéresser au projet financier. On a un très gros travail à effectuer sur ce plan. On a un déficit de communication qui est énorme, un déficit d'échanges.** La communication est descendante et uniquement descendante. Ou alors elle se passe sur un mode hiérarchique et pas sur le mode de l'échange. **L'idée**

**générale, c'est de passer d'un hôpital vertical à un hôpital horizontal, transversal. Par ailleurs, il faut faire comprendre qu'il n'y aura des moyens que s'il y a un projet.** Là encore, il faut écrire. Pour qu'il y ait un projet, il faut l'écrire.

Le plus urgent à mettre en œuvre c'est, qu'une fois qu'on a défini les règles du jeu entre les professionnels, parce que la Nouvelle Gouvernance c'est un jeu où l'on joue différemment, **il faut écrire les nouvelles règles du jeu. Ces règles ne sont pas déjà écrites, c'est une chance car du coup, chaque hôpital peut les écrire à sa façon, avec son histoire, ses désirs et ça c'est une opportunité.** Évidemment, cela ne rassure pas ; ça laisse la porte ouverte à tous les fantasmes. Dès que les règles du jeu sont écrites, il y a un plan de formation qui est essentiel à mettre en place. **Il faut former, former, former, former sur les règles du jeu.** Et ça, nous, on l'a fait, mais on aurait dû y passer dix fois plus de temps.

#### UNE NOUVELLE CONFIGURATION POUR TOUS : L'IMPORTANCE DE L'UNITÉ TERRITORIALE.

*- Et former principalement qui ?*

Tout le monde. Nous on a fait une erreur, c'est qu'au début, on a formé les médecins, pressentis comme coordonnateurs de pôles, on a formé les cadres sup, on a formé les directeurs. Donc on s'est dit « C'est bien, on a différents pôles, on les a mis ensemble et on a travaillé ensemble », c'était déjà un progrès. Mais **très vite, on s'est rendu compte que les autres médecins du pôle se sont sentis exclus.** Comme, en plus, la réforme, on ne peut pas dire qu'elle se soit passée de gaieté de cœur – **au début, c'était perçu comme le joujou du directeur – , il aurait vraiment fallu décliner la formation à tous les échelons.** Il faut bien voir que tout le monde est concerné et que tout le monde voit son rôle se modifier dans cette affaire.

Un certain nombre de collègues directeurs n'aiment pas ce raisonnement. Ils ont été très perturbés, parce qu'ils craignent de perdre leur pouvoir et leur âme. **Je leur ai dit : « Vous allez changer votre métier, vous allez être directeur référent d'un pôle, vous allez travailler avec les médecins comme si vous étiez patron d'une clinique. Il y a un médecin, un directeur administratif, un directeur des soins et tous les 3, vous allez gérer des cliniques de 200-250 lits, c'est génial comme métier, c'est super ».** Les médecins ont eu très peur de voir l'œil de Moscou, c'est-à-dire de voir les directeurs rentrer à l'intérieur de leur pôle, d'être là tous les jours, de regarder ce qu'on fait, etc. Les cadres sup ont eu le même problème de positionnement par rapport aux cadres d'unités.

Autre conseil important : **je crois qu'il est essentiel de faire correspondre la mise en œuvre des pôles à une évolution géographique quand c'est possible.** C'est difficile de marier 3 services, avec l'un qui est au 8<sup>e</sup> étage, l'autre au 2<sup>e</sup>, le troisième dans un pavillon annexe. **S'ils ont décidé de se « marier » dans le cadre d'un pôle d'activité, il faut leur retrouver une unité territoriale. Alors une unité territoriale, il faut la dessiner, ce ne sont pas trois territoires identiques qu'on va juxtaposer ; il faut une unité territoriale totalement redessinée.** Ou alors, au minimum, aborder l'organisation à travers la trajectoire du patient, c'est-à-dire que même si ils ont chacun leur service d'hospitalisation, un au 8<sup>e</sup> et l'un au 2<sup>e</sup> étage, il faut absolument qu'à un moment donné, dans la trajectoire d'hospitalisation, ils aient un point commun. Cela peut être le plateau technique commun de consultation, un plateau d'ambulatoire, un hôpital de semaine commun... **La géographie, c'est un élément très important.** Le fait que les acteurs du pôle la redéfinissent entre eux est essentiel.

Toujours sur le plan des conseils, il me paraît essentiel de ne plus parler en termes de pouvoirs mais de parler en termes **d'objectif, de contrats et de projet.** Pour moi, ce sont les clés du succès.

Enfin, **je crois qu'il ne faut pas vouloir faire une copie tout de suite nickel, il faut savoir qu'on passera par une phase de brouillon.** Notamment dans la première tâche qui est celle de la définition du contour des pôles. Qui doit bosser avec qui, quel service... Nous, on avait une quarantaine de services, on voulait au maximum une dizaine de pôles donc en moyenne 4 services se regroupant, donc 4 chefs de services à chaque fois par pôle qui pourraient prétendre à être coordonnateur médical de pôle. Potentiellement, cela faisait 30 chefs de service qui ne seraient pas chefs de pôle.

**Il faut aussi accepter de se laisser bousculer. On a tous des idées, on a tous envie d'organiser l'hôpital comme ceci ou comme cela.**

## LA DIFFICULTÉ DE TROUVER DES CRITÈRES DE DÉCOUPAGE DES PÔLES

A priori, on peut être tenté de regrouper les services à partir d'une logique d'organes. Ainsi on veut mettre la gastro et la chirurgie digestive ensemble. Cela semble évident et puis on comprend que cela revient à mettre ensemble ceux qui ne s'entendent pas. Si, à l'inverse, on veut regrouper à partir de la logique affinitaire exclusivement, on peut se retrouver à rassembler l'ORL et l'orthopédie. Cette absence de logique évidente conduit à une créativité encore meilleure. Nous, on a certains pôles qui rassemblent des disciplines sans rapports apparents mais ils ont réussi à trouver une logique qui se tient. C'est ça l'objectif ; redonner de la créativité, de la souplesse, prendre le risque.

**Il ne faut surtout pas vouloir une copie bien faite, il ne faut pas imaginer que la première rédaction sera la bonne ; il faut se laisser bousculer et admettre que la définition des pôles est très longue à trouver. Et c'est quand même complètement irréaliste avec les textes de demander à ce que les gens soient cadrés fin 2006. Cela peut être bien plus long parce qu'il faut que les gens soient compatibles, il faut que l'on vérifie s'il y a cette compatibilité. Enfin il y a toute sorte d'équilibre à trouver parce qu'il ne sont écrits nulle part...**

D'un autre côté, il faut être conscient que c'est un système qui va vivre et que l'on ne peut pas s'amuser à changer en permanence le contour de pôles car à ce moment-là, on désorganise tout le temps et, pour le personnel, on ne peut pas s'amuser à changer les repères tout le temps, cela vaut pour n'importe quelle entreprise. Donc, dans la phase d'appropriation culturelle, il y a une phase de découpage de l'établissement ou plutôt une recomposition de l'établissement. **Là, le vecteur médical est essentiel et il faut laisser les médecins remuer leurs problèmes ; c'est là qu'ils s'aperçoivent que l'on ne s'entend pas avec « les grands » mais aussi qu'il y a d'autres amitiés ou d'autres inimitiés : « moi, je veux être avec toi, je ne veux pas être avec toi ». Il faut accepter cela. Le directeur doit accepter que tous les hôpitaux n'avancent pas de la même manière. La gestion centralisée du type « Tout le monde en même temps, chacun commence et finit en même temps », c'est fini ça. Il faut un tronc commun, bien sûr, mais il faut aussi laisser la créativité si les gens veulent aussi arriver à 10h, ils arrivent à 10h, s'ils veulent rester jusqu'à 18h, ils le peuvent aussi. On ne peut pas tout accepter, mais il faut laisser de la créativité pour réussir dans des pôles. Il faut expliquer aux gens qu'ils peuvent inventer des nouvelles organisations. Ils sont les mieux placés pour savoir ce qui est bien ou pas bien pour le malade. Ce n'est pas toujours le cas, il faut bien qu'on les aide de temps en temps, mais il faut quand même leur laisser de l'initiative, de la créativité, de la souplesse.**

## FORCES ET FAIBLESSES D'UNE RÉFORME

*-Sur quoi vous avez le sentiment d'avoir le mieux réussi et sur quoi vous êtes en train d'achopper ou bien qu'est-ce qui vous pose problème ?*

Le mieux réussi, disons ce qui me marque le plus aujourd'hui au stade où l'on en est, **c'est d'avoir fait émerger ou naître de nouvelles compétences, avoir découvert des personnes qui sont des ressources nouvelles.** Grâce à cette créativité dont je parlais, on a complété le dispositif d'accueil de prise en charge du malade avec des idées que l'on n'avait jamais eues jusque-là. Je crois que c'est ça qui est le plus chouette. **Le système est souvent sclérosé et on ne le sait pas ; on se prive de l'apport de tous ceux qui ne sont pas dans les instances de décision. En réalité, il y a un potentiel énorme qui ne demande qu'à s'exprimer et à qui l'on ne demande rien.** Cela, c'est une satisfaction énorme.

**Le regret, par contre, c'est l'insuffisante formation donnée et la difficulté d'associer les organisations représentant le personnel.** Je vais le dire de façon prudente ; si vous voulez, la représentation syndicale dans nos structures ne permet pas de travailler vraiment avec eux. Ailleurs, c'est peut-être différent, mais ici les syndicats, ils ne proposent plus rien et ils ne sont pas représentatifs, le taux de syndicalisation est ridicule. Ils ne représentent plus grand chose. La masse d'infirmières féminines de 30-40 ans qui ne sont pas syndiquées, c'est énorme. Cette déconnexion de la base donne l'impression que l'hôpital est géré par une cinquantaine de personnes qui participent, décident, co-décident, mais c'est tout. On n'arrive pas à entraîner derrière. **Je crois beaucoup à l'effet d'entraînement des pôles parce qu'un pôle c'est en effet une petite clinique, suffisamment grande pour ne pas sortir des histoires de famille en disant « je t'aime moi non plus ». Une collectivité de 300 personnes comme un pôle, cela permet tout de même une certaine mobilité tout en laissant encore la possibilité de s'identifier et de se dire « Tiens, on a un**



**projet commun, on va faire ça ensemble», et donc retrouver une forme d'association du personnel en reconnectant les logiques des uns et des autres.**

**Le problème de l'hôpital, c'est qu'il est déconnecté. Parce qu'on a toujours exprimé des logiques différentes, la logique soignante n'est pas la logique médicale, la logique médicale n'est pas la logique administrative, la logique administrative n'est pas la logique technicienne au sens large... donc il y a plusieurs logiques qui se juxtaposent et qui n'arrivent pas à se retrouver.** Ce que j'espère, c'est qu'on va pouvoir retrouver un peu une logique collective en réassociant les personnels à la vie de leur entreprise. Pour accompagner ce mouvement, la formation que nous dispensons n'est peut-être pas suffisante.

## À PROPOS DU LÉGISLATEUR

*- Je vais me faire légèrement provocateur : ne pourrait-on pas craindre que soit mis en place tout un dispositif qui en apparence change les équilibres mais qui au bout du compte, ne supprime pas les clivages de logiques dont vous avez parlé ? On a rajouté une couche au mille-feuilles bureaucratique, mis des couches de plus sur les couches existantes et on ne change rien au mode de fonctionnement habituel ?*

C'est tout à fait possible, c'est un risque. En fait, **il y a deux risques opposés. Celui de la balkanisation** où l'on crée des pôles qui disent « on n'en a rien à faire des autres, on y va comme ça et puis point final » **et puis l'autre risque où, dans les pôles, on retrouve un fonctionnement hyper traditionnel.** Si cela arrive, c'est quelque part la faute du législateur. C'est le problème de la France, on ne fait que des mini-réformes. **On a quand même mis trois ans pour accoucher d'une ordonnance et entre l'esprit de la réforme conçue par le ministre de la santé il y a trois ans et le texte signé par le nouveau ministre début mai, il y a eu tous les groupes de pression qui sont entrés en jeu. Plutôt que de supprimer des services, on a dit : « on va créer un pôle au-dessus du service mais on laisse le service ». C'est une connerie. Il fallait aller jusqu'au bout de la réforme.**

Ensuite, **on va créer une instance qui est très intéressante, à savoir le conseil exécutif, qui est vraiment une instance passionnante** rassemblant autant de médecins que de directeurs. **On n'est pas nombreux, c'est très bien, on peut se parler et manager.** Mais à quoi ça sert derrière d'avoir une CME, une commission des soins infirmiers... et tout l'ancien dispositif qui multiplie les niveaux. Par exemple, pour nommer un coordonnateur de pôle, on fait des élections... donc le coordonnateur est élu par ses pairs. Mais il faut l'avis du conseil de pôle, c'est normal, il faut l'avis de la CME aussi, puis du conseil de FAC si on est dans un CHU, du conseil de recherche biomédicale, l'avis du président de ce conseil, du président de la CME. Cela veut dire 5 ou 6 avis pour que la décision soit prise. **Et en plus maintenant, avec les textes, il va falloir que les directeurs de pôles figurent préalablement sur une liste d'aptitude ! C'est complètement ridicule, voilà, cela peut décourager.** On en est là parce qu'à chaque niveau de décisions, le lobbying des uns et des autres s'est développé. Nous ne sommes pas capables de sortir de ça, ce qui est très paralysant au final.

**Aujourd'hui il y a 2 catégories de directeurs. Ceux qui appliquent les textes à la lettre et je n'en fais plus partie ; si je gère les textes, je ne gère plus l'hôpital, il est paralysé, mon hôpital. Certes, il sera beau, il sera aux normes, mais je n'aurai plus un rond pour soigner les malades et je n'aurai plus personne qui aura envie d'y travailler. Donc oui, le mille-feuilles existe et c'est un danger.** Cela dit, il y a une autre catégorie de gens, ceux qui se saisissent des opportunités que, quand même, les textes contiennent. **Les textes sont des documents, on peut jouer avec...il faut jouer avec.**

*- Au nom du risque de balkanisation ne risque-t-on pas d'avoir, de la part des directions générales, une réticence à accorder de l'autonomie aux pôles ?*

Si. Moi je pars du principe qu'il n'y avait pas de demi-mesure possible. Alors j'ai pris la décision de tout déléguer. **On ne peut pas dire « 70% des dépenses, je ne les déconcentre pas, occupez-vous des savonnettes et des produits d'hygiène ».** Plus personne ne marche et ça n'a pas d'intérêt. Par exemple, sur la gestion du personnel, j'ai délégué des mensualités. Ils en veulent 100, je leur en donne 100. Après, ils les gèrent comme ils veulent. S'ils le souhaitent, ils peuvent prendre sur des mensualités d'infirmières pour financer des mensualités de médecin ou d'aides-soignantes. Ils gèrent comme ils l'entendent dans la mesure de leur enveloppe. Ils se débrouillent, je leur laisse leur liberté. Mais ça veut dire aussi que j'accepte qu'il y ait une partie de mes dépenses personnelles qui passent du mode de statut à un mode contractuel, et cela, ça peut poser un problème syndical majeur. C'est décapant. Le problème, c'est que ça va marcher dans des établissements qui ne sont pas en manque d'activités ; pour les autres, c'est plus compliqué.

Là où le gouvernement déconne c'est que, lorsqu'on lance une mesure comme celle-là, qui est supposée impliquer un peu plus les différentes catégories de personnels, redistribuer les cartes, ce n'est pas normal qu'il n'y ait pas une somme d'argent disponible pour l'intéressement des gens. Les coordonnateurs de pôles, au début de la mise en place de l'expérimentation, ils ont passé la moitié de leur temps à faire de la gestion. Ils ne feront pas cela toute leur vie. **Il faudrait au moins prévoir de leur donner les moyens d'une compensation pour que leur service tourne quand même** (un appui médical dans leur service par exemple). Il aurait fallu que pour l'expérimentation une enveloppe soit destinée à cela. **Ce que l'on nous a donné dans le cadre de l'expérimentation ne couvrait pas du tout ce type de besoins. La Nouvelle Gouvernance est un projet qui mérite d'être accompagné pendant au moins trois ans.**

## L'ADHÉSION DES MÉDECINS ?

*- Vous avez vraiment senti évoluer les médecins depuis que vous vous êtes lancé dans cette affaire ?*

**Oui. Ils jouent super bien le jeu.** Je suis étonné de voir ça. Sur la dizaine de pôles, on en a 6 qui jouent le jeu, un ou deux qui y viennent doucement et deux réfractaires habituels qui ont quand même accepté d'entrer dans le jeu. **Ceux qui acceptent le moins d'entrer dans le jeu sont à l'intérieur des pôles.** Eux, ils font un peu « la gueule », parce qu'ils n'y croient pas. Parfois on voit apparaître une guéguerre infantile entre médecins, mais bon, ce n'est pas grave ! Au moins ça bouge, ça remue, ça crée un projet, un contre-projet, ça enrichit le projet.

**Certains s'en foutent, d'autres résistent.** Chacun choisit sa stratégie un peu dans la logique qui conduit certains médecins à ne faire que de la médecine et d'autres à se tourner aussi vers la recherche. **Globalement, il y a une résistance médicale encore.** La génération des chefs de service 55-67 ans est très difficile à manier, bon en plus ce qui nous a foutu dedans c'est aussi ces foutues RTT qui développent une mentalité qui n'est pas celle de l'implication. De façon générale, la coordination entre toutes les réformes contenues dans le plan « hôpital 2007 » n'est pas facile.

## LE LIEN ENTRE LES RÉFORMES

*- Pouvez-vous expliciter les liens que vous faites entre ces différentes réformes ? Avec la T2A notamment.*

**C'est sûr que ça c'est l'outil de restructuration,** mais la tarification d'activité, vous l'avez dans de très nombreux pays européens aujourd'hui qui nous ont devancés ; vous l'avez aussi, bien sûr aux Etats-Unis, au Canada, etc. Je crois quand même que, justement, si on veut permettre aux gens d'être maîtres de leur destin et de leurs initiatives, la T2A est très positive, elle n'est pas sclérosante. La T2A, elle vous dit quoi ? **« Vous avez une activité, vous avez de l'argent. Vous n'avez pas d'activité, vous n'avez pas d'argent ».** Lorsqu'un pôle a une activité qui le conduit à proposer des rendez-vous aux patients avec un délai d'attente de six mois, l'existence de la T2A permet de financer un recrutement de poste et de résoudre un problème de santé publique. **Il y a une file d'attente, c'est donc qu'il y a un marché, il y aura les financements, donc on va chercher le marché en embauchant un médecin spécialisé et on répond ainsi à un besoin de santé publique.** Par contre, on va prendre un contractuel et si dans 6 mois, il n'y a plus d'activité, on ne le garde pas. Sûrement que ceci est un langage qui choque, qui bouscule un peu, mais il n'est pas contraire à nos missions de service public que l'on peut en même temps faire très bien. Il y a une dynamique dans les missions de service public. Le privé d'ailleurs demande des missions de service public parce qu'ils veulent des enveloppes budgétaires supplémentaires. Donc je ne crois pas que la T2A soit sclérosante.

**Par contre, quand vous êtes moyens aujourd'hui, que vous êtes sur une pente légèrement descendante, avec la T2A, vous allez descendre 3 fois plus vite. Parce que c'est un cercle vicieux. Le fondement du système est assez libéral, l'organisation aussi. Ce libéralisme économique peut poser des problèmes.** On est en concurrence entre établissements publics et établissements privés, c'est clair. Quand vous voyez que dans certaines zones l'hôpital public ne fait plus que 7 % de la chirurgie et que tout est pris par le privé, cela veut dire qu'ils se sont fait bouffer. Mais en même temps quand vous voyez que certains établissements privés veulent fermer parce qu'ils font beaucoup d'accouchements et que cela n'est pas rentable pour eux, on voit sur quoi débouche cette concurrence. L'hôpital public a pour mission d'assurer des missions dont la population a besoin ce que l'hôpital privé ne prend pas en compte. Sur cette question économique relative à la concurrence publique privée, je ne crois pas que la Nouvelle Gouvernance soit le fond du problème. **Par contre, je crois plutôt que c'est un outil qui doit orienter les pôles d'activités de l'hôpital public sur les besoins réels du patient. C'est pour cela que je défends ce nouveau dispositif. Je pense que c'est la dernière chance l'hôpital public. On se casse la gueule. Si on veut, dans des territoires de villes moyennes ou dans les CHU rester compétitifs, il faut qu'on retrouve des outils de liberté. Il faut réveiller**

l'hôpital. Les techniques utilisées jusque-là n'ont pas suffi. On a revalorisé les catégories professionnelles, notamment celles des infirmières qui, après les mouvements de la fin des années quatre-vingt, se sont vues offrir (outre des revalorisations salariales) des accès à des évolutions de carrière (cadres, cadres sup, directeurs de soins...). Pour autant, cela n'a rien fondamentalement changé, elles ne sont pas plus contentes de ce qu'elles vivent à l'hôpital. Le temps de travail a baissé mais les gens sont-ils plus heureux ? Non, ils continuent de râler. Les efforts consentis pour l'hôpital devraient être employés à repenser les rapports en interne, à reconfigurer le fonctionnement. **Avec la Nouvelle Gouvernance et l'organisation par pôles, on peut, peut-être, redonner un intérêt à agir aux différents professionnels de l'hôpital. Cela dit, je n'ai jamais vu un dossier dans lequel il faut s'investir autant, jamais !** Il faut s'investir dans l'accréditation, il faut s'investir dans le champ de la tarification, mais là c'est différent, il faut ensemble mobiliser l'intelligence, les tripes, le cœur...

## **Portrait 22 : Directeur Général, CH**

### LE CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

**Notre établissement, comme bien d'autres, est un ensemble de pré carrés, avec des barbelés... je blague un peu, mais, c'est ça quand même. Ici, c'est chacun son truc. Chacun se dit qu'il est probablement meilleur que l'autre ou que l'autre est moins bon que lui. Par habitude, les gens sont incapables d'imaginer une organisation transversale et, en matière de traitement de patients, cela ne permet pas d'avoir le minimum d'organisation ouvrant sur des réseaux de soins internes ou externes.** C'est une des raisons pour lesquelles nous avons, en outre, beaucoup de difficultés à nous positionner par rapport aux cliniques privées du secteur qui sont beaucoup mieux implantées que nous sur une bonne partie de l'activité médicale.

L'histoire des cloisonnements d'un hôpital est toujours très complexe. Les facteurs sont multiples. Mais on retrouve souvent des chefs de services, pas forcément toujours très bons ou très en pointe, qui souhaitaient garder, comme je le disais tout à l'heure, leur petit terrain de chasse, leur petit pré carré se contentant souvent d'une certaine médiocrité et entretenant des relations compliquées avec la médecine de ville etc. Cela mériterait toute une étude sur les trente ou quarante dernières années pour expliquer cette situation calamiteuse que j'ai trouvée en arrivant ici. Le défi posé était donc de redresser l'activité et de ne plus générer de pertes.

Dans ce type de situation, il y a de jeunes directeurs qui aiment se lancer dans des projets architecturaux. On fait un nouvel hôpital et on enfle le casque pour aller tous les mercredi matin sur le chantier. Pour ma part, **j'ai voulu repenser les réseaux de l'hôpital, trouver les complémentarités entre les uns et les autres, en interne comme en externe, bref relancer l'hôpital, avant de penser établissement neuf.**

Lorsque je suis arrivé, j'ai dit au président de CME « Compte tenu la situation de cet établissement, compte tenu de sa culture ou de son absence de culture, compte tenu des enjeux et des contraintes qui nous sont fixés par l'autorité de tutelle c'est-à-dire ceux qui vont payer nos projets, **il y a des révolutions à faire dans cet hôpital** ». J'avais deux axes principaux de réflexion. Le premier, c'est que je ne concevais pas, ici probablement plus qu'ailleurs encore, qu'il n'y ait pas, dans le processus de décision de la direction, un éclairage médical. C'est-à-dire qu'il était hors de question que la direction s'attelle seule à une affaire qui porte essentiellement sur des problèmes de d'organisation médicale, de choix médicaux pour l'avenir de cet hôpital. Donc j'avais très vite dit au président du CME : « Comment est-ce que vous voyez les choses ? **Est-ce qu'on peut imaginer qu'il y ait un médecin qui vienne dans l'équipe de direction** ? Est-ce qu'on peut trouver une formule qui permet de piloter médico-administrativement les choses ? ».

**Mon second axe de réflexion consistait à trouver le moyen d'en finir avec les cloisonnements de cet hôpital.** Il nous fallait donc essayer de trouver des regroupements qui permettent de constituer des masses critiques d'activités qui permettent d'organiser des prises en charges transversales ; pour autant, je n'avais pas le mode d'emploi sur la façon de procéder. Lorsque l'on a eu connaissance des premiers éléments du plan de Jean-François Mattei, on n'a pas du tout été surpris par les intentions du projet. Nous n'étions pas le seul établissement à connaître une situation bloquée par les cloisonnements. **Donc, avec l'équipe de médecins autour du président de CME, sans que l'on sache encore trop comment on allait s'y prendre, on s'est décidé à se lancer dans cette affaire de Nouvelle Gouvernance.** On a constitué un comité ou un conseil exécutif médecins-directeurs et on l'a présenté à la CME. Nous avons beaucoup réfléchi, à ce moment-là, à la position qu'occuperait cette nouvelle instance par rapport au Conseil d'Administration et à la CME, et aussi à sa fonction vis-à-vis de la direction de l'établissement. Nous n'avions pas encore les textes à notre disposition. Il ressortait de nos discussions que ce Conseil Exécutif serait une nouvelle institution qui devrait permettre un nouveau mode de pilotage de l'organisation.

### LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL EXÉCUTIF, SA PHYSIONOMIE

Depuis sa mise en place, nous le réunissons deux fois par mois. Un ordre du jour est préparé avec les questions qu'ont les membres du Conseil, sachant que pour rester efficaces, nous n'abordons que trois ou quatre questions à traiter dans un temps que nous limitons à deux heures (3 heures au maximum). Lorsque l'on se pose des questions de stratégie, ce sont les plus importantes, lorsqu'il faut évoquer la question de garder ou non telle ou telle activité de l'établissement, ce

n'est pas facile. On se découvre entre médecins et directeurs. **Les médecins réalisent que les choses changent selon qu'on les appréhende depuis la cognée ou depuis le manche.** Puis c'est pareil pour moi ou pour mes collègues adjoints quand il nous faut accepter qu'un consensus se dégage avant de décider. Comme nous avons retenu le principe de ne pas voter au sein de ce conseil exécutif pour ne pas reproduire les vices et les vertus d'une institution officielle et pour aller au bout des discussions, le problème est parfois compliqué.

Le conseil exécutif est à la fois décisionnel, lorsque des décisions sont à prendre et parfois propositionnel, quand c'est une question qui doit passer devant le Conseil d'Administration. **Du coup, on peut considérer que ce Conseil Exécutif se substitue en grande partie à la direction traditionnelle,** en tout cas, c'est comme ça que je l'ai conçu et c'est là que c'est intéressant. Ce n'est pas toujours évident d'accepter que le consensus qui se dégage d'une discussion ne corresponde pas à l'idée que je mettais faite d'un sujet. Je l'accepte. Et je crois que c'est une des problématiques auxquelles seront confrontées toutes les équipes de directions qui feront de leur Conseil Exécutif autre chose qu'un comité « Théodule » de plus.

Il ne s'agit pas pour moi, non plus, d'abdiquer sur mes responsabilités, ce qui pourrait me coûter cher devant un juge si un jour il y avait un problème. Par contre, **je n'ai pas à utiliser le conseil exécutif pour faire bouffer des couleuvres aux médecins, c'est évident. Donc, si vous voulez, aujourd'hui, je le confesse volontiers, le président de CME, le directeur de l'établissement et tous les autres membres du Conseil, nous sommes toujours à la recherche d'un fonctionnement aussi bon que possible de ce Conseil Exécutif** même si je considère qu'il marche plutôt bien. Je vous donne un exemple de discussion. Un médecin de l'établissement dit partout qu'il n'y arrive plus avec ses effectifs. Il souhaite un médecin supplémentaire et le fait savoir partout. Nous avons mis cette question à l'ordre du jour du Conseil Exécutif. « Que penser de la demande ? ». Médecins et directeurs ont réfléchi et nous avons vu les médecins prendre des responsabilités de direction disant : « ce collègue se disperse un peu, ses activités sont-elles si intéressantes qu'il le prétend ? ». Ils ont aussi pris en compte la question des liens entre ressources et activités, c'est-à-dire raisonné avec la T2A en tête. Conclusion, **ils ont décidé de dire au médecin : « Ton poste, tu l'auras, mais c'est assorti d'une espèce de mise à l'épreuve de six mois. C'est-à-dire, pendant six mois, tu nous démontres qu'à effectifs constants tu es capable de retrouver l'activité que tu avais il y a encore un an et que tu as un peu perdu, parce que tu t'es dispersé. Et ça n'est que dans six mois, quand tu nous auras démontré ta capacité à développer une activité intéressante qu'on débloquera un poste pour toi ».** Le médecin en question s'est un peu égaré... Il a dégusté en somme, mais la décision est une décision du Conseil Exécutif

Cette façon de fonctionner est systématique, maintenant. Ainsi **nous demandons aux responsables des pôles de venir argumenter leurs projets devant le Conseil Exécutif.** Ce qu'ils demandent ne se justifie pas nécessairement sous prétexte qu'ils sont assez contents d'eux et qu'ils veulent ceci ou cela. **C'est un bouleversement dans les comportements que de demander à certains médecins habitués à fonctionner en maître sur leur territoire que de venir défendre des projets, les justifier, sans que tout soit acquis d'avance. C'est une logique de contractualisation entre les pôles et la direction de l'établissement qui prévaut désormais. C'est une déstabilisation forte des comportements ; c'est la condition pour que l'on progresse.**

Pour la composition du Conseil Exécutif, nous avons la possibilité soit de prendre les membres de la CME déjà présents dans les instances de l'hôpital (par exemple au Conseil d'Administration) soit d'organiser des élections réellement ouvertes. C'est le choix que nous avons fait. Nous voulions aussi éviter les double-casquettes systématiques. Il y a eu une campagne électorale véritable. **Certains médecins construisant leur profession de foi en disant « nous sommes contre, mais mieux vaut en être pour ne pas avoir à subir ».** Le risque de voir les cloisonnements médicaux se reproduire au sein du Conseil Exécutif existait, mais les médecins qui ont voté n'ont pas souhaité cela. Ils se sont concertés et se sont débrouillés pour que les gens élus ne soient pas de ceux qui bloqueraient le fonctionnement de cette instance.

Aujourd'hui, si vous voulez, on a un conseil exécutif qui est perfectible. On peut améliorer son mode de fonctionnement, sur la préparation des réunions, leur durée, les relevés de conclusions, la diffusion ou non des débats, mais je trouve que ça fonctionne plutôt bien quand même.

**Dans l'ensemble, l'entrée dans la Nouvelle Gouvernance a été acceptée par la communauté médicale.** Le président de CME a fait du bon travail en amont pour juguler ou circonscrire les difficultés. Le fait que nous ayons été en phase, lui et moi, a beaucoup facilité les choses. S'il avait commencé par me dire : « vous m'embarquez dans une

histoire qui ne m'intéresse pas », je ne sais pas comment j'aurais fait. En outre, la **situation de l'hôpital n'était pas florissante et les gens savaient qu'il fallait tenter quelque chose, que l'on ne pouvait en rester aux chefferies recroquevillées sur elles-mêmes**. Une réticence s'est exprimée en Conseil d'Administration sur la création du Conseil Exécutif, certains craignant que celui-ci ne se substitue au CA, mais dans l'ensemble le projet a été accepté. Seul un élu, représentant d'un syndicat, s'est opposé.

## LA MISE EN PLACE DES PÔLES

**L'organisation en pôles a plus perturbé la communauté médicale que la mise en place du Conseil Exécutif. Constituer des pôles dans un hôpital, c'est politiquement important car c'est laisser penser qu'un jour le sacro-saint service va en prendre un coup et c'est bien là qu'est la difficulté. Il faut en finir avec cette espèce de féodalisme qu'est la chefferie de service traditionnelle.** Ralite avait en son temps déstabilisé les communautés médicales avec cet amendement qui donnait la possibilité à un conseil d'administration d'organiser l'hôpital autrement qu'en service. Le texte existe toujours mais il n'y a qu'un seul établissement qui l'a mis en place en France. Les explications sont multiples, mais vous avez beaucoup de gens parmi les médecins qui sont des accrocs du service : **« Mon service ! Moi, vous pouvez faire ce que vous voulez, votre gouvernance et Mattei et Douste-Blazy, je les emmerde ! Moi j'ai un arrêté du temps du ministre Untel qui m'a nommé chef de service et tant que cet arrêté n'est pas rapporté, vous allez vous faire voir ! »** J'exagère mais à peine. On a eu une frange de la communauté médicale, des chefs de service qui a réagi ainsi et qui reste campée sur cette position. Nous ne nous en sommes pas pris aux services, mais avec l'organisation par pôles, la logique veut qu'à terme, on les supprime. Cela ne voudra pas dire que plus personne n'aura la responsabilité médico-légale, dans une sorte de dilution générale ; nous devons aller vers des pôles rassemblant des unités fonctionnelles avec des responsables médicaux identifiés.

Pour les chefs de pôles, nous avons procédé à une sorte de démocratie participative très précise. On a d'abord demandé aux médecins de chaque pôle de choisir un directeur puis on a présenté cette liste en CME où un vote de confirmation a eu lieu. Nous nous sommes donné un maximum de chances pour que le choix ne fasse pas problème ensuite.

Quand on regarde au final, on a très peu de doublons. Très peu de chefs de services sont devenus chefs de pôles, très peu de chefs de pôles sont au Conseil Exécutif. Les quelques-uns qui se sont présentés pour cumuler les positions ont pris une « veste électorale ».

## LA POSITION DES PERSONNELS SOIGNANTS

**Pour l'instant, je ne suis pas persuadé que les soignants aient bien compris ce qui est en train de s'organiser.** La condition pour que cela se diffuse et soit perçu par le plus grand nombre, c'est la mise en place de conseils de pôles. Pour l'instant, on débute à peine. On souhaiterait qu'une fois par mois, selon un système de représentativité qui reste à trouver et que nous ne souhaitons pas voir imposer à la virgule près par les textes officiels, les conseils de pôles se réunissent et débattent des questions principales de l'activité du pôle. Il ne faut pas que ce ne soit que les médecins, **il faudra trouver un moyen pour que toutes les catégories de personnels soient représentées, car il ne faut pas que cela fasse comme pour les conseils de services qui n'ont jamais fonctionné.** On peut toujours mettre en place des institutions nouvelles ; elles resteront théoriques sur le papier si le plus modeste des agents n'a pas compris que l'ancienne organisation était cloisonnée et qu'il faut trouver une autre logique. **C'est une chose de mettre en place la Nouvelle Gouvernance au niveau de ses institutions principales et d'emporter la conviction des médecins, des administrateurs, des directeurs, des cadres, c'est une autre chose que de vendre la réforme à toute l'institution hospitalière.**

**On a déjà un premier souci c'est de convaincre les cadres soignants. Heureusement, nous avons un bon relais avec le directeur des soins que nous avons inclus au Conseil Exécutif sans état d'âmes.** Si les cadres n'adhèrent pas au fonctionnement par pôles, cela ne marchera pas.

Faire participer le plus grand nombre, préparer et informer les gens n'est pas facile mais cela a été aussi une direction dans laquelle nous avons travaillé. Nous n'avons pas pu fonctionner en assemblée générale, car il y a trop de monde ici, on ne peut pas réunir tout le monde ! Vous imaginez entre mille et deux milles personnes à rassembler dans un même lieu ? Par contre, nous avons regroupé médecins et cadres pour expliquer ce que nous allions faire. Ce jour-là,

on a marqué des points. Ceux qui étaient venus (les médecins notamment) pour « gueuler » ont pu le faire et la discussion s'est engagée. Nous n'avons pas forcément convaincu ceux-ci, mais nous avons avancé auprès des autres. Je crois que cela a été plutôt apprécié. **De toute façon, ce n'est pas en quelques mois que l'on peut faire vivre réellement la Nouvelle Gouvernance. Il faut du temps. Comment savoir si on prêche dans le désert ou si on est efficace dans nos démonstrations ? Il faut du temps pour se rendre compte.**

## **Portrait 23 : Directeur Général, CH**

### DE LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME ET D'UNE IMPLICATION DES MÉDECINS

Je travaille en étroite concertation avec le président de la CME, depuis mon arrivée. **J'ai toujours assez mal vécu le mur qu'il peut y avoir dans un établissement, entre l'administration et les autres. Quand les médecins me parlent de l'Administration avec un grand A, ça ne me convient guère. Moi, je considère que les médecins sont à l'hôpital ce que sont les cadres supérieurs dans une entreprise, c'est-à-dire qu'ils sont intégrés à l'équipe de management, donc cela me semble difficile de mettre les médecins hors du coup.**

Sur ce point, l'organisation classique de l'hôpital ne me convient pas, avec des médecins chefs de service qui sont uniquement chefs de leur service et puis des cadres sup. qui seuls rendent compte à la direction. Ce mode d'organisation-là me disconvient. On ne peut pas faire mieux, si on veut faire que la charrette tire à hue et à dia. Je me dis aussi que dans cette organisation traditionnelle, en tant que directeur, on est amené à prendre un certain nombre de décisions qu'on ne prend pas de manière pertinente, car la pertinence d'une direction centrale n'est pas nécessairement la pertinence du terrain. Il y a un certain nombre de choix qui sont légitimes du point de vue d'une direction, qui sont tout à fait argumentés, légitimés – et je ne remets pas là en cause le fait qu'on les ait pris – mais qui du point de vue de ceux auxquels ils s'appliquent, n'ont pas de légitimité et ne sont pas les plus pertinents. On touche en même temps, là, à un point important sur lequel il faut qu'on progresse à l'hôpital : **les acteurs considèrent trop qu'ils sont administrés, ce qui les déresponsabilise un peu. C'est la fameuse rengaine « J'y suis pour rien : tout m'arrive de la direction. De toute façon, l'hôpital est quelque chose d'invertébré et que je ne maîtrise pas ». Je pense de mon côté qu'il y a un certain nombre de choix qui peuvent être faits de manière plus pertinente s'ils sont faits par les acteurs eux-mêmes, pour ce qui les concerne. Je pense aussi que certaines décisions qu'on n'arrive pas à faire passer, en tant que directeurs, seront prises d'elles-mêmes, si ce sont les médecins qui les prennent. Voilà, c'est un petit peu – je dirais – ma réflexion de fond, partagée petit à petit avec le président de la CME, et qui explique mon engagement dans la Nouvelle Gouvernance.**

### DE LA NÉCESSITÉ DE FAIRE BOUGER LES MÉDECINS ET DE LA CONTRACTUALISATION

**Il faut absolument que l'on arrive à faire bouger les médecins, ce qu'on ne peut pas faire aujourd'hui.** Je prends un exemple. On a voulu faire contractualiser les chirurgiens, parce que les plateaux techniques de chirurgie sont au cœur des prochains postes avec des normes en termes de production, mais ça a été impossible. Au regard de la norme – un chirurgien doit faire 40 000 Kc par an et un plateau technique de chirurgie 200 000 Kc par an –, qu'est-ce que vous faites avec un chirurgien de l'établissement qui fait 15 000 Kc ? Qu'est-ce que vous faites ? Aujourd'hui, rien, parce que c'est la déontologie médicale qui le lui permet. **Nous, on a essayé de les obliger à contractualiser.** Mais certains d'entre eux ont déferé le contrat qu'on leur avait proposé au conseil de l'ordre qui leur a dit : « Mais voyons, qu'est-ce que c'est ces horribles stakhanovistes qui veulent vous obliger à travailler ? Vous ne devez pas signer ces contrats, parce que ces contrats sont contraires à la déontologie médicale ». **Ca me fait vraiment regretter que dans la loi de 1983, les médecins aient obtenu in extremis de rajouter « dans la limite de la déontologie médicale » à l'article disant que les personnels médicaux allaient relever de l'autorité du directeur. A l'époque, personne d'entre nous n'a été voir ce qu'il y avait dans le code de déontologie, mais en fait c'était écrire une chose et son contraire dans la même phrase. Personne n'a été regarder.** A l'époque, on a laissé passer ça, en pensant « De toute façon, l'essentiel, c'est qu'il soit écrit que les médecins sont bien dans l'établissement et qu'il y a bien une unité qui est l'établissement ». Mais c'était quand même paradoxal, complètement paradoxal.

*- Vous n'avez vraiment aucun moyen d'action sur ces médecins ?*

Non. Ceux qui sont vraiment rétifs se marginalisent certes. Ils se marginalisent, mais ils n'en tirent pas de désavantage. C'est un peu révoltant pour les autres. **A la limite, aujourd'hui, un praticien hospitalier qui décide « Vous me faites chier, je ferais ce que j'ai envie de faire », qui travaille 4 heures par jour, 2 heures le matin, 2 heures l'après-midi, qui fait pratiquement zéro consultation, l'institution ne peut rien faire. On peut seulement faire le pari de la conscience professionnelle de chacun. C'est là que la T2A pourrait être un levier.** Effectivement, je ne peux pas imposer d'élément de production à l'établissement. Il n'y a rien d'écrit dans le statut visant les moyens que j'octroie à un médecin. Mais ce que je peux dire à un médecin qui ne fait pas d'activité, c'est que je vais lui réduire son service à son bureau, une lampe, de l'électricité, du chauffage et puis c'est tout. Il n'aura pas de secrétaire, il n'aura pas de service, il n'aura rien. **Ca, c'est ce que nous permettront les pôles.**



- Pour avoir un ordre d'idée, ce type de difficulté avec les PH, c'est courant ?

C'est marginal. Mais c'est ce qui use, ce qui consomme beaucoup d'énergie et ce sont toujours ceux qu'on met en avant en disant « Pourquoi j'en ferais plus tant qu'un tel n'en fera pas plus ? ».

- Le corps des médecins lui-même en CME ne réussit pas à organiser une telle pression que ceux qui sont marginalisés soient symboliquement discrédités, ne comptent pour rien ou pour pas grand chose ?

Si un peu. Mais malgré tout, c'est quand même une confrérie et on ne s'attaque pas.

## L'ATTENTE DES TEXTES

- Qu'est-ce que vous attendez des textes qui doivent arriver ? (nb : entretien conduit avant le 2 mai 2005)

**D'abord, l'assurance de pouvoir continuer, avoir l'assurance de Douste-Blazy de pouvoir continuer sur le schéma que l'on a entamé. Ça me semble important, mais les textes actuels me font peur : ils me font peur en termes de compromis qu'ils contiennent. De compromis en compromis, je pense qu'on a complètement dénaturé le sujet qui était effectivement d'arriver à avoir une meilleure association des médecins à la vie des établissements.**

- Les compromis, c'est quoi ?

Les compromis, c'est... **Je pense au mouvement des PH** qui disent : « Nous, il est hors de question qu'on soit lié à l'établissement. Nous, on est nommé par le ministre, on veut rester nommés par le ministre et il est hors de question qu'il y ait une gestion locale ». **Je pense à l'Ordre des Médecins** qui protège de manière éhontée les libéraux – et je n'ai pas peur de leur dire –, qui dit également que les médecins sont certes salariés des établissements hospitaliers mais que, du fait du code de déontologie, on n'a aucun compte à leur demander sur leur pratique dans l'hôpital. **Sous ces deux feux nourris, j'ai peur qu'on en reste au statut – là encore éhonté – du statut unique.** C'est vraiment le dernier rempart du stalinisme. En général, je sais que ça ne leur plaît pas du tout, donc je ne me gêne pas pour le leur dire.

Un autre point de compromis qui me semble regrettable, c'est sur **le statut des directeurs d'hôpitaux** et là, c'est nous qui en portons la responsabilité. **Les directeurs d'hôpitaux réclament pour eux-mêmes ce qu'ils voudraient refuser aux praticiens hospitaliers, à savoir être nommés par le ministre et ne pas être liés aux établissements, ne pas être nommés localement, ne pas avoir de comptes à rendre localement.** Moi, je dis que c'est une revendication légitime pour le directeur de l'établissement – il est légitime qu'il soit nommé par quelqu'un qui le dégage de l'emprise locale –, mais pas pour ses adjoints. Si ce n'est pas légitime pour les PH, ça ne peut pas l'être pour les adjoints de l'établissement : on ne peut pas demander aux médecins de renoncer à ce qu'on essaie d'avoir pour soi-même.

Bref, j'ai peur que sorte un texte, avec tellement de compromis, qu'il n'apporte rien, sinon de la lourdeur dans l'établissement. Il nous faudrait un texte qui permette d'impliquer les médecins dans la vie de l'établissement, mais je ne crois pas que le texte à venir aille vers cela. Sans doute que le défi est trop important : on ne peut pas passer comme ça d'un hôpital-modèle de ce qu'est la gestion administrative en France – avec une double hiérarchie : d'un côté les gens qui font, de l'autre côté, les gens qui administrent – à un modèle un peu plus performant.

## LES NIVEAUX D'IMPLICATION

- Si on rencontre des gens dans l'établissement – des AS, des brancardiers, ... – vous pensez que tout ce dont il vient d'être question (conseil exécutif, pôles, Nouvelle Gouvernance, ...), ça les concerne ou qu'ils sont à des années-lumière de tout ça ?

**Certains sont à des années-lumière de tout ça, c'est sûr. Mais j'ai l'impression – ce qui peut paraître bizarre – que c'est finalement certainement les personnels les moins qualifiés de l'établissement que ça intéresse le plus. C'est quand même eux qui posent plus de questions.**

*Le conseil exécutif, ils savent que ça existe ?*

Ah non, pas le conseil exécutif, mais les pôles, oui. **Un certain nombre de métiers comme les brancardiers ont trouvé, avec les pôles, une organisation, alors qu'ils n'avaient pas d'organisation auparavant :** aujourd'hui, ils sont rattachés à un pôle ; on s'est préoccupé de faire en sorte qu'ils aient une identité, une mission, et que tout le monde ne crie plus sur eux en disant « Vous devez être partout dans l'établissement ». Ils ont été rattachés à un pôle et ils en tirent bénéfice, donc eux, ils savent que ça existe. Parce que ça a été pour eux un moyen de reconnaissance. Par contre, **pour les infirmiers dans les services où il y avait une forte reconnaissance via les services, là, comme on a**

**changé leur mode de reconnaissance, c'est un peu plus difficile à vivre. Pour certains, le pôle permet d'acquérir un statut ; pour d'autres, il oblige à en changer. Acquérir, c'est bien ; changer, c'est plus difficile.**

## D'ABORD LES PÔLES, ENSUITE LE CONSEIL EXÉCUTIF

**Au départ, on s'est surtout préoccupé des pôles et beaucoup moins du conseil exécutif.** Le fait qu'on travaillait de manière très étroite avec le président et le bureau de la CME faisait qu'on n'avait pas ce souci premier. Et puis, de mon côté, j'ai toujours considéré que les réunions d'équipe de direction étaient des réunions d'intendance, et non pas des réunions stratégiques, et que ça n'avait aucun intérêt pour les médecins de participer à ces réunions d'intendance et d'ajustement ; les points stratégiques étaient vus avec le bureau de la CME. Donc on n'a pas vu tout de suite la nécessité de mettre en place le conseil exécutif. Néanmoins, très rapidement, on l'a mis en place, d'abord sous la forme expérimentale d'un séminaire médico-administratif, ensuite sous la forme du conseil exécutif. **Il n'était pas question qu'on continue à définir – le président de la CME et moi –, seuls, les grandes orientations de l'établissement et à se limiter à en référer à la CME. Il fallait aussi créer une instance de régulation des conseils de pôles pour qu'il y ait quand même une certaine homogénéité dans l'établissement.**

## LE CHOIX DES MEMBRES DU CONSEIL EXÉCUTIF

*- Comment ont été recrutés les membres du conseil exécutif : choisis, élus ?*

**On peut considérer que tout le monde a été choisi, puisque j'ai choisi les directeurs administratifs et le président de la CME a choisi des confrères.** C'est vrai qu'il y a eu un débat en CME sur le fait qu'il n'y ait pas de vote sur les médecins choisis, mais c'est très compliqué.

*- Les médecins se sont plaints ?*

Certains médecins se sont plaints, oui, tout à fait, qu'il n'y ait pas eu de vote. Ça a donné lieu à quelques soubresauts. Certains ont menacé de démissionner.

*- De votre côté, comment avez-vous choisi les directeurs administratifs participant au conseil exécutif ?*

**Il fallait des gens dont je me disais qu'ils étaient capables de réussir, et plus encore, d'innover, d'écouter, de créer. Ça faisait beaucoup de qualités, donc il fallait des gens reconnus dans l'établissement.** Et comme on n'est pas dans un très grand établissement, j'ai vite fait le tour des gens qui étaient susceptibles de pouvoir réussir.

## LE DÉCOUPAGE DES PÔLES SUR UNE LOGIQUE DE FLUX DE PATIENTS

**Le projet d'établissement a été réfléchi par pôles, en sachant que ce qui nous préoccupait, ce n'était pas de faire des pôles d'affinités médicales mais des pôles de gestion de flux de patients : chaque pôle devait correspondre à un mode de prise en charge d'un patient.** Cela me semblait intéressant de faire un choix d'organisation autour du patient. Evidemment, les médecins disaient « C'est pas un choix d'organisation autour de nous ; nous, on n'est pas d'accord, ça nous oblige à aller dans plein de pôles à la fois, c'est chiant ». C'est toute la difficulté, je dirais : **est-ce qu'on fait un choix professionnel ou est-ce qu'on fait un choix au niveau du patient ?** **Moi, j'ai toujours trouvé gênant que les hôpitaux soient organisés plutôt autour des professionnels que des patients qui les fréquentent.** Je ne sais plus qui me racontait qu'il avait eu sa fille hospitalisée pour quelque chose de grave, qu'il avait trouvé la prise en charge parfaite, mais qu'heureusement il y avait les parents qui étaient présents pour emmener les dossiers d'un service à l'autre parce que sinon, jamais il n'y aurait eu de continuité dans la prise en charge. Et c'est un peu ça, l'hôpital. C'est-à-dire qu'à l'hôpital, **on est excellent de manière isolée : on sait être excellent de manière isolée mais on ne sait pas pour l'instant être excellent dans l'organisation. Pour l'instant, entre chaque service, vous avez un grand trou noir. D'où l'idée de créer des pôles sur des flux de patients.**

## DE L'ÉVOLUTION DES PÔLES

**Dès le départ, on avait identifié les grands pôles logiques, mais c'était difficile de franchir le pas si rapidement, de passer directement à des grands pôles parce que cette échelle-là était une échelle qui nécessitait beaucoup trop de négociations entre les médecins pour qu'elle soit acceptée immédiatement. On a donc fait plus de pôles, des plus petits pôles, ce qui a permis de rassurer les médecins dans un premier temps.** Ces petits pôles avaient déjà vocation – dans notre esprit – à se regrouper, mais dans un premier temps, il n'était pas évident du tout de faire des grands pôles qui auraient été assez mal vécus dans l'établissement : il valait mieux essayer de trouver des équilibres en termes d'intérêts. Je crois que c'était une échelle qui permettait de commencer les travaux. **Ce n'était pas une bonne**

échelle en termes d'outil de gestion, mais cela a permis un premier travail de connaissance de : **Qui on est ? Qui sont les éléments qui composent le pôle ? Que fait chacun d'entre nous ?** Parce qu'il faut bien avoir conscience que pour certains, c'est parfois un petit peu difficile de se dire : « Eux font telle spécialité ; nous, on fait telle autre spécialité. Pourquoi on nous mettrait ensemble ? Quels sont nos points communs ? Comment on va pouvoir trouver des indicateurs pour la gestion générale du pôle sans rentrer dans des choses trop spécifiques par service ? ».

## UN APPRENTISSAGE PROGRESSIF ET LA NÉCESSITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT

**Pour aider les directeurs administratifs de pôle dans leur nouvelle tâche et à leur demande, on a pensé à une forme d'accompagnement. Ils voulaient d'abord avancer au même rythme et ne voulaient pas qu'il y en ait qui caracolent en tête – avec des pôles plutôt faciles –, et d'autres, pauvres petits, qui rament sur des pôles plus compliqués. Il fallait donc leur permettre d'échanger et de se rassurer : « Moi, je rencontre tel problème. Comment ça se passe chez toi ? ». Et puis, il fallait aussi un accompagnement pour que l'on fasse bien la part de ce qui irait dans les pôles et de ce qui resterait dans les directions fonctionnelles, pour qu'on ne s'amuse pas à marcher sur les plates-bandes de l'autre et aller bêcher son jardin pendant qu'il est occupé à faire autre chose et lui planter des tomates alors qu'il voulait planter des poireaux. Il fallait donc à la fois caler l'équipe de direction au grand complet et accompagner de manière plus forte les directeurs administratifs de pôle.**

## LES PÔLES : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

*- Comment vivent aujourd'hui les pôles ?*

**Aujourd'hui, il y a des médecins qui râlent. Ils disent « Attendez ! On a voté un découpage des pôles en CME, mais on n'avait pas prévu que ça s'applique à nous ». Il y a cette idée de « Mais attendez ! C'étaient des papiers, des écrits, ça ne devait pas devenir notre vie quotidienne » ou alors « Vous rigolez ou quoi ? On n'est quand même pas là pour faire tout ce qui est écrit sur le papier ? ». C'est vrai qu'au départ, le découpage des pôles s'est passé dans une logique tout à fait naturelle. Mais aujourd'hui que ça se met vraiment en place, on voit plus de râleries.**

## LE NON ENGOUEMENT DES MÉDECINS POUR LES DIRECTIONS DE PÔLE

**Quand le pas a été franchi de passer à la gestion par pôles, le président de la CME espérait très fort que ses confrères allaient être tentés par les directions de pôle. Mais ce n'est pas vraiment ce qu'il s'est passé. La réaction a plutôt été : « On est d'accord pour faire l'organisation par pôles, mais on ne veut pas diriger les pôles ». Devant cette réaction, on a créé des conseils médicaux de pôle qui sont en quelque sorte une assemblée médicale de l'ensemble de médecins du pôle, qui se réunissent à peu près une fois par mois et prennent collégialement les décisions concernant le pôle, avec le directeur administratif et le cadre supérieur de chaque pôle.**

*Comment vous expliquez cette résistance, réticence des médecins ?*

**Disons que ce qui est fortement ressorti, c'est le souci de ne pas être soumis à l'arbitraire de l'un des leurs, avec en même temps la peur de certains de ne pas réussir, en clair de s'aventurer dans un domaine qu'ils ne connaissaient pas, avec tous les dangers que cela pouvait comporter. Ils ne voulaient sans doute pas non plus risquer de devenir des boucs émissaires des autres médecins. Et aujourd'hui encore, c'est vrai qu'on sent bien qu'il y a un peu de mal à trouver des directeurs médicaux de pôle.**

## L'EXCLUSION DES CADRES DE SANTÉ DU PÔLE

**J'ai été intransigeant sur le fait que les cadres de santé n'aient pas accès aux conseils de pôle, qui sont composés de l'équipe de pôle et des médecins. Mon souci, c'était de réintégrer les médecins dans le management de l'établissement et je me disais que si je laissais la porte ouverte aux cadres, on aurait vite fait, bien fait que les cadres – comme ils en ont l'habitude – aient pris la place des médecins et que les médecins *in fine* n'aient pas aux conseils de pôle, laissant cela à leur cadre. Donc, dans l'immédiat, les cadres sont interdits de conseil de pôle. Cela pose des soucis dans l'établissement, parce qu'ils ne comprennent pas toujours pourquoi. Mais pour l'instant, je n'ai pas cédé. A terme, on peut imaginer qu'ils soient présents à titre consultatif, mais pas délibératif.**

*- Les médecins étaient sur la même longueur d'onde ?*

**Je ne les ai pas laissés beaucoup négocier sur ce point (rires). Je leur ai expliqué ma position en disant que je ne souhaitais pas qu'on retrouve ce qu'on connaissait dans l'établissement, qu'il fallait une rupture par rapport au mode actuel. Un mode actuel où ce sont les cadres qui font la pluie et le beau temps dans la gestion et dans**

**l'organisation**, sous couvert de dire : « De toute façon, mon chef de service ne voudra jamais ». Mais à force, on ne sait jamais ce que le chef de service pense. Et je suppose que le cadre dit au chef de service « L'administration ne voudra jamais ». La position des cadres me semble très instrumentaliste, en tous cas ambiguë. **Comme mon objectif, c'est que les médecins retrouvent une place d'encadrement supérieur dans l'établissement, je ne peux pas me permettre de leur proposer un substitut qui va progressivement prendre leur place, une place qu'ils ont déjà un peu de mal à prendre.**

## UNE RAISON DE RÉSISTANCE À LA DISPARITION DES SERVICES

**La persistance des services, c'est le problème. Ici on a une organisation par services, une organisation par services absolument traditionnelle. Le problème, c'est qu'à partir du moment où on dit que l'organisation par pôles se fait autour du patient, c'est normalement les médecins qui vont au chevet des patients.** Et c'est aujourd'hui l'objection qui nous est posée par certains médecins : « Moi je suis dans 3 pôles et j'en ai marre d'être dans 3 pôles ! Je voudrais n'être que dans un pôle ». Et ça, c'est la vraie difficulté. Quand on leur dit « Vous êtes là pour être au service du patient », ils répondent « Oui d'accord, mais enfin quand même ! ».

## DE LA RÉSISTANCE DES MÉDECINS AUX PÔLES : LE TEMPS ET L'ÉNERGIE

**On peut comprendre certaines résistances des médecins contre les pôles, parce que c'est lourd, parce que c'est consommateur de temps. C'est vrai que, concrètement parlant, c'est lourd pour ceux qui s'impliquent.** Et comme ce sont pratiquement toujours les mêmes – il y en a toujours qui s'arrangeront pour ne jamais être désignés dans un pôle –, c'est d'autant plus lourd. C'est tout le problème de la nouvelle gouvernance et c'est bien exprimé par les présidents de CME. Ils se rendent bien compte qu'ils ont du mal à mobiliser la communauté médicale et que si on n'élargit pas le cercle de médecins qui s'impliquent dans le fonctionnement de l'établissement, et bien, on risque de souffrir.

## D'UN SUPPOSÉ AVANTAGE DE LA MISE EN PÔLES POUR LES SOIGNANTS

**Au niveau du personnel soignant, ce qu'on voulait, c'était la mutualisation inter-services. Là, ça se passe un peu difficilement mais je dirais qu'aujourd'hui, c'est en train d'être acquis. Cela peut être vu comme une contrainte pour eux, mais aussi comme un avantage.** Avant, on avait des grosses difficultés de recrutement sur certains services ; l'avantage du pôle, de ce point de vue, c'est que c'est une échelle plus large qui permet d'arriver plus facilement à répondre aux vœux d'affectations des infirmiers qu'on arrivait à le faire avec l'organisation par services. Le fait qu'il y ait une mutualisation fait que ceux qui veulent absolument faire tel type d'activité seront quasiment dans l'assurance de le faire, en étant affectés dans un pôle. Ils ne seront peut-être pas affectés précisément dans le service qu'ils veulent, mais du fait de la mutualisation, ils vont bien finir par y tourner comme les autres, donc globalement, je pense que ça devrait plutôt bien se passer.

## LA RÉSISTANCE DES CADRES À LA MISE EN PÔLES

*- Comment les cadres ont-ils perçu la mise en pôles ?*

**Les cadres de proximité ont eu un peu de mal au départ. Ça va un peu mieux, aujourd'hui. Ils trouvaient qu'ils avaient leur place légitime au sein du conseil de pôle et ne comprenaient pas pourquoi ils n'y étaient pas admis.** Mais le problème principal n'était sans doute pas là. L'autre point qui se jouait et qui les dérange encore fortement, c'est que derrière les pôles, se joue une redéfinition des organisations. Et **cette redéfinition des organisations au niveau des pôles, ce n'est pas nécessairement celle qui leur convient le mieux puisqu'ils ont des organisations de service.**

*- Ils ont un attachement aux services...*

Evidemment, comme les médecins. Attendez, **il y a 40 ans de service, dans l'hôpital !**

## NG ET T2A

**Je considère que T2A et Gouvernance sont deux choses différentes** et je crois qu'un certain nombre de collègues se font un certain nombre d'illusions sur la liaison entre T2A et Gouvernance, en pensant par exemple qu'ils peuvent ou qu'ils doivent faire les pôles uniquement en fonction de la T2A. **Il y a une liaison entre les deux, mais ce n'est ni**

**une bijection, ni une injection, au sens mathématique. On ne peut pas penser les pôles uniquement en fonction de la T2A.** D'abord, parce qu'aujourd'hui, la T2A, c'est un outil qui n'est pas stabilisé – le modèle change presque tous les ans –, ce qui est extrêmement gênant ou pas franchement facilitant pour définir un mode de gestion. Ensuite, parce que **si la T2A peut donner des leviers extraordinaires d'organisation pour l'établissement, elle n'apporte pas et elle n'apportera pas toutes les réponses d'organisation.** Prenez un pôle de consultations, il peut faire un nombre faramineux de consultations, mais peut ne pas rapporter grand chose en tarification. Donc, d'un côté, si on fait le seul calcul de ce que ça coûte et de ce que ça rapporte directement à l'établissement en tarification, il vaut mieux fermer boutique. D'un autre côté, les consultations rapportent une clientèle programmée et sont une voie d'entrée dans l'hôpital, donc c'est un investissement que l'hôpital fait pour derrière récupérer une clientèle qui, elle, va lui rapporter de l'argent. Donc : est-ce qu'il faut fermer les consultations, parce que cela ne rapporte pas directement ? Est-ce qu'il faut les isoler dans un pôle et comment faire alors pour financer le déficit du pôle ? Comment éviter la balkanisation de l'hôpital ? Et les urgences, c'est pareil. De forfait en forfait, on arrivera peut-être à équilibrer les urgences, mais pour le moment, je peux vous dire qu'avec le forfait urgence actuel, si on fait le rapport entre coût brut des urgences et ce que ça rapporterait en version T2A, il vaudrait mieux fermer. Mais vous imaginez un Centre Hospitalier sans service d'urgences ? **Donc, on ne peut pas raisonner qu'avec la T2A pour penser l'organisation des pôles de l'hôpital. Il faut aussi réfléchir à une stratégie, à une politique de l'établissement. Pourquoi on a voulu telle activité ? Est-ce qu'on est toujours d'accord pour mettre de l'argent ? Combien ? Là, on est obligé d'avoir une interrogation sur la politique de l'établissement. Et c'est ce qui m'intéresse dans la Nouvelle Gouvernance.**

## ***ÉPILOGUE***

La réforme de la Nouvelle Gouvernance est-elle une « nouvelle sociologie de l'hôpital », comme le pensent certains de nos interlocuteurs, permettant de repositionner les uns et les autres vis-à-vis des missions de santé publique ? Permettra-t-elle la disparition des cloisonnements, installant entre tous une coopération active et généralisée ? N'est-elle pas, au contraire, qu'un dispositif organisationnel et technique accompagnant la mise en œuvre de la T2A se réduisant, ainsi, à ce que l'un de nos témoins nommait, d'une formule saisissante, « une nouvelle gérance » ? Doit-on comprendre ce nouveau changement comme un dispositif bureaucratique de plus qui viendra alourdir un édifice hospitalier déjà bien complexe, garnir le mille-feuilles bureaucratico-administratif, en somme ?

À ces questions, le travail ici présenté n'apporte pas de réponses simples et tranchées. Nos interlocuteurs ont envisagé toutes les figures possibles, des plus optimistes aux plus catastrophistes. Tout se passe donc comme si rien n'était impossible, le pire comme le meilleur. De la manière dont les différents acteurs de l'hôpital se saisiront de cette réforme semblent donc dépendre les effets de celle-ci.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	4
1. Une nouvelle sociologie de l'hôpital ? .....	4
Le Conseil Exécutif .....	5
Les Pôles .....	5
Des brassages multiples . . . ..	7
... mais non généralisés .....	7
Le primat de la gestion et la mort de l'hôpital public ? .....	8
La théorie du mille-feuilles .....	8
Les déséquilibres de représentation .....	9
La polyvalence .....	10
Le manque de lisibilité .....	10
2. Réflexions méthodologiques .....	10
Description de l'enquête .....	10
Les parti-pris de présentation : traductions multiples .....	15
1 <sup>ère</sup> PARTIE : FRAGMENTS THEMATIQUES .....	18
1. Contextes, opportunités et motivations d'une expérimentation .....	18
2. Organisations institutionnelles formelles et fonctionnements réels .....	22
2.1. Les pôles .....	22
2.2. Le conseil exécutif .....	34
3. Les principales résistances et réticences .....	37
3.1. Les résistances des médecins .....	38
3.2. Les résistances des directions fonctionnelles .....	40
3.3. Les résistances des directions de soins .....	43
3.4. Les résistances syndicales .....	43
3.5. Le décalage / éloignement des soignants .....	46
4. Les inquiétudes .....	48
4.1. Les réformes hospitalières : un danger pour les missions de l'hôpital public ? .....	49
4.2. Décloisonnement-recloisonnement et balkanisation de l'hôpital .....	51
4.3. Les pôles et la polyvalence .....	52
4.4. Centralité des médecins et oubli des autres personnels ? .....	54
4.5. A propos de l'ordonnance du 2 Mai .....	58
5. Comment mettre en œuvre une Nouvelle Sociologie de l'Hôpital ? .....	59

2 <sup>nd</sup> e PARTIE : PORTRAITS.....	62
Portrait 1 : Aide-soignante, CH.....	64
Portrait 2 : Aide-soignante, CHU, Syndiquée.....	66
Portrait 3 : Infirmière, CH.....	69
Portrait 4 : Infirmière, CHU, Syndiquée.....	71
Portrait 5 : Infirmière, CH, Syndiquée.....	73
Portrait 6 : Cadre de santé, CH.....	75
Portrait 7 : Cadre supérieur, CHU.....	78
Portrait 8 : Cadre supérieur, CHU.....	82
Portrait 9 : Cadre supérieur, CHU.....	86
Portrait 10 : Cadre supérieur, CH.....	88
Portrait 11 : Médecin, PH, CH.....	92
Portrait 12 : Médecin, PH, CHU.....	94
Portrait 13 : Médecin, PH, chef de pôle, CH.....	98
Portrait 15 : Médecin, PUPH, chef de service, CHU.....	110
Portrait 16 : Assistant de gestion dans un pôle, CHU.....	114
Portrait 17 : Attaché d'administration en direction fonctionnelle, CH.....	119
Portrait 18 : Directeur des soins, CHU.....	122
Portrait 19 : Directeur, directeur de pôle, CH.....	124
Portrait 20 : Directeur, directeur de pôle, CHU.....	127
Portrait 21 : Directeur Général, CHU.....	133
Portrait 22 : Directeur Général, CH.....	139
Portrait 23 : Directeur Général, CH.....	143
ÉPILOGUE.....	149